

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ
À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

MÉLANIE PARENTEAU

ÉTUDE SUR LES DÉTERMINANTS DE L'INTENTION DES INFIRMIÈRES
DES SOINS INTENSIFS À L'ÉGARD DE L'APPLICATION DE CONTENTIONS
PHYSIQUES AUPRÈS DE PATIENTS VENTILÉS MÉCANIQUEMENT

AVRIL 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Depuis quelques années, l'utilisation de mesures de contention dans les établissements de santé canadiens est un sujet de grande préoccupation. Les contentions physiques, notamment celles installées au niveau des poignets, semblent constituer une pratique d'usage systématique pour tous les patients ventilés mécaniquement dans certaines unités de soins intensifs du Québec. Pourtant, la décision d'utiliser des contentions physiques devrait découler du jugement clinique de l'infirmière et être réservée à des situations exceptionnelles. Le projet de recherche proposé est une étude descriptive corrélationnelle sur les déterminants de l'intention des infirmières des soins intensifs à l'égard de l'application de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Prenant assise sur la théorie du comportement planifié de Ajzen (1985), cette étude avait pour premier objectif de décrire l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle comportemental des infirmières œuvrant en soins intensifs, en lien avec l'utilisation de contentions physiques. Le second objectif était de vérifier la relation entre ces différentes variables et l'intention d'utiliser des contentions physiques. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire autoadministré auprès d'infirmières travaillant dans deux unités de soins intensifs de la région de la Mauricie. Les résultats obtenus indiquent que les infirmières des soins intensifs de l'échantillon étudié démontrent une intention ($6,33/7 \pm 0,91$) et une attitude positive ($5,51/7 \pm 0,67$) reliées à l'application de contentions physiques auprès des patients ventilés mécaniquement. De plus, les résultats illustrent le bon degré d'accord des personnes

significatives au plan professionnel pour ces infirmières à l'égard de l'utilisation de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement ($6,41/7 \pm 1,02$). Finalement, les résultats qui ont été obtenus en lien avec la perception de contrôle comportemental à l'égard de l'application de contentions physiques démontrent que les infirmières interrogées croient posséder un contrôle modéré au niveau du processus décisionnel ($5,63/7 \pm 1,36$). Les résultats obtenus suggèrent des pistes de recherche, lesquels pourront éventuellement guider les infirmières dans l'élaboration de programmes de formation spécifiques aux unités de soins intensifs. Ainsi, souhaitons-nous que les résultats obtenus par cette recherche permettent d'améliorer la qualité des soins dispensés aux patients ventilés mécaniquement.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Liste des abréviations	ix
Remerciements	x
 Introduction	 12
Problématique	15
But de la recherche	22
Questions de recherche	22
 Cadre de référence	 23
Théorie de l'action raisonnée	25
Théorie du comportement planifié	29
Études empiriques	34
 Recension des écrits	 39
Éthique et déontologie	42
Politique d'utilisation minimale des contentions	46
Effets néfastes associés à l'utilisation des contentions physiques	50
L'auto-extubation en présence de contentions.....	52
Utilisation de sédation en soins intensifs	54
Interférence aux traitements	57
Critères justifiant l'utilisation de contentions physiques	58
Mesures alternatives à l'utilisation de contentions physiques	61
Conclusion	64

Méthodologie	66
Devis de recherche proposé	67
Définition opérationnelle des variables utilisées	68
L'intention (I)	68
L'attitude (Aact)	68
La norme subjective (NS)	69
La perception de contrôle comportemental (PBC) ...	70
Population cible	70
Description des milieux de recherche	70
Échantillon et recrutement	71
Élaboration du questionnaire	72
Étude préliminaire	72
Élaboration et la validation du questionnaire final...	73
Fidélité du questionnaire	74
Contenu du questionnaire	76
Mesure de l'intention (I)	79
Mesure de l'attitude (Aact)	79
Mesure de la norme subjective (NS)	81
Mesure de la perception de contrôle (PBC)	83
Méthodes d'analyse des données	85
Considérations éthiques	86
Limites et forces de la recherche	87
Présentation des résultats.....	89
Portrait de l'échantillon	90
Résultats descriptifs des données recueillies	92
L'intention (I)	92
L'attitude (Aact)	93
La norme subjective (NS)	97
La perception de contrôle comportemental (PBC) ...	102
Effets des données sociodémographiques sur les variables ...	106
Vérification du modèle théorique	108

Discussion	112
Interprétation des données descriptives.....	113
Effets des données sociodémographiques sur les différentes variables	126
Vérification du modèle théorique.....	129
Limites de l'étude.....	129
Recommandations pour la recherche.....	131
Recommandations pour la pratique.....	131
Conclusion.....	133
Références.....	135
Appendice A - Questionnaire préliminaire.....	141
Appendice B - Questionnaire final.....	145
Appendice C - Certificats éthiques	162
Appendice D - Formulaire de consentement	165
Appendice E - Article publié par l'auteure dans la revue <i>Perspective infirmière</i> , <i>novembre/ décembre 2010, vol.7, numéro 6</i>	170

Liste des tableaux

Tableau 1	Principes directeurs encadrant l'utilisation de mesures de contention	49
Tableau 2	Impacts négatifs associés à l'utilisation de contentions physiques....	51
Tableau 3	Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon	91
Tableau 4	Mesure directe de l'intention (I).....	93
Tableau 5	Mesure directe de l'attitude (Aact).....	94
Tableau 6	Croyances liées aux conséquences associées à l'adoption du comportement (b).....	96
Tableau 7	Évaluation de la valeur des conséquences.....	98
Tableau 8	Mesure directe de la norme subjective (NS)	99
Tableau 9	Perception de l'approbation des personnes significatives quant à l'utilisation de contentions physiques	101
Tableau 10	Motivation à agir dans le sens exprimé par les personnes significatives (MC)	102
Tableau 11	Mesure directe de la perception de contrôle comportemental (PBC).....	104
Tableau 12	Croyances quant à la présence de facteurs facilitants (c).....	105
Tableau 13	Comparaisons des variables selon le genre.....	107
Tableau 14	Comparaisons des variables selon le niveau de formation.....	108
Tableau 15	Comparaisons des variables selon les années d'expérience.....	109

Liste des figures

Figure 1	Illustration schématique de la théorie de l'action raisonnée (Fishbein & Ajzen , 1975).	26
Figure 2	Illustration schématique de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985).	30
Figure 3	Protocole d'interférence avec les traitements en soins intensifs (Vance, 2003).	60
Figure 4	Illustration schématique de la théorie du comportement planifié et questions correspondantes au niveau du questionnaire	78
Figure 5	Vérification du modèle théorique de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985)	111

Liste des abréviations

Aact	Attitude envers le comportement
b	Croyances comportementales
C	Croyances liées au contrôle
e	Évaluation des croyances comportementales
I	Intention de comportement
MC	Motivation à se conformer selon les croyances normatives
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
NB	Croyances normatives
NS	Norme subjective
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
P	Évaluation de l'intensité avec laquelle les croyances liées au contrôle peuvent faciliter ou nuire à l'adoption du comportement
PBC	Perception de contrôle comportemental
TAR	Théorie de l'action raisonnée
TCP	Théorie du comportement planifié

Remerciements

Dans un premier temps, j'aimerais témoigner ma reconnaissance à cette dame rencontrée à l'épicerie qui, par son expérience en soins intensifs à titre de patiente intubée et mise systématiquement sous contentions, a su m'inspirer ce projet de recherche. J'aimerais aussi remercier madame Odette Doyon qui a été la première à m'inciter à poursuivre cette recherche dans le cadre de son cours de soins critiques à la maîtrise. Dans un deuxième temps, je tiens à remercier ma directrice Julie Houle qui a su me diriger tout au long de ce processus. Sa rigueur, son ouverture, son soutien, son écoute et sa grande compréhension m'ont aidé à maintenir le cap lors de cette expérience. Elle restera toujours pour moi un modèle de dévouement et de professionnalisme. Remerciement spécial aussi à François Boudreau qui m'a guidé à titre de codirecteur tout au long de ce processus. J'aimerais aussi exprimer toute ma gratitude aux infirmières et infirmiers des unités de soins intensifs et de l'unité coronarienne du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières, sans qui cette étude n'aurait pu avoir lieu. Un merci spécial à Hélène Laurent et à Carole Lemire qui, à titre de chefs de service, ont cru au potentiel de cette étude. J'adresse mes remerciements également aux deux infirmières cliniciennes spécialisées en soins critiques, Nathalie Thiffeault et Josée Bergeron, pour leur soutien à ce projet de recherche tout au long de la collecte des données. Finalement, un merci spécial à mes trois enfants, Jacob, Marika et Léa-

Marie qui ont dû composer avec une maman alliant travail et étude. J'espère leur avoir transmis cette notion de dépassement de soi, de détermination et de courage. Un merci filial à mes parents, Ghislaine et Claude, qui m'ont laissé en héritage leur persévérance et leur détermination, qualités sans lesquelles je n'aurais pu passer à travers les moments difficiles. Leur présence et leur aide tout au long de cette belle mais exigeante aventure ont favorisé l'accomplissement de cet ouvrage.

Introduction

Les infirmières œuvrant en soins critiques, notamment dans les unités de soins intensifs, doivent prendre de plus en plus les décisions relatives à l'utilisation de contentions physiques. Or, l'emploi de contentions physiques, surtout celles installées au niveau des poignets, s'avère systématique pour tous les patients ventilés mécaniquement au sein de certaines unités de soins intensifs, alors que pour d'autres cela semble résulter du jugement clinique de l'infirmière. Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a proposé en juin 2002 des principes directeurs pour l'ensemble des établissements de santé, visant à baliser les décisions prises par les infirmières au regard de l'utilisation des mesures de contention. Pourtant, nous observons encore aujourd'hui des écarts importants au sein de certains établissements de santé concernant l'application de ces principes. Le MSSS (2002) définit la contention physique comme << toute mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap. >>

Les infirmières sont identifiées comme étant les principales agentes décisionnelles dans l'utilisation de contentions physiques (Mion, 1996). La description de certaines variables issues de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985) et l'exploration des relations entre ces variables devraient permettre de mieux comprendre l'intention

comportementale d'infirmières travaillant auprès des patients ventilés mécaniquement, le tout en lien avec l'utilisation des contentions physiques. Il devient donc fort pertinent pour la profession d'identifier les différentes variables qui influencent l'intention des infirmières d'utiliser des contentions physiques au niveau de leur contexte même de soins. Cette démarche permettrait ensuite d'élaborer un plan d'action adapté à la réalité des soins intensifs qui pourrait influencer les pratiques au sein des unités où l'utilisation des contentions physiques est systématique.

Le premier chapitre de cet ouvrage présente la problématique à l'origine de cette étude ainsi que le but et les questions de recherche. Le deuxième chapitre décrit le cadre de référence choisi comme assise théorique et présente quelques études empiriques réalisées auprès d'infirmières à l'aide du modèle théorique du comportement planifié (Ajzen, 1985). Le troisième chapitre propose une révision des écrits sur les thèmes pertinents reliés à l'étude. Le quatrième chapitre met en lumière la méthodologie utilisée. Le cinquième chapitre fait état des résultats obtenus à la suite des analyses statistiques. Le sixième chapitre propose une discussion qui alimente l'interprétation des résultats. La conclusion de cet ouvrage nous fournit l'occasion de présenter quelques recommandations et d'éventuelles implications en lien avec la profession infirmière.

Problématique

L'utilisation inappropriée de mesures de contention dans les établissements de santé canadiens est un sujet de grande préoccupation. À cet égard, plusieurs provinces ont élaboré divers plans d'action afin de mieux encadrer l'utilisation de mesures de contention en centres hospitaliers (MSSS, 2002). Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a proposé des principes directeurs pour l'ensemble des établissements de santé visant à baliser les décisions prises par les professionnels en regard à l'utilisation des mesures de contentions (MSSS, 2002). Selon ces orientations, les contentions physiques ou chimiques ne doivent être utilisées qu'en dernier recours, après l'évaluation complète des besoins propres à chacun des patients concernés et l'utilisation de méthodes alternatives. Cependant, certaines infirmières œuvrant aux soins intensifs utilisent encore de façon systématique des contentions aux poignets pour tous patients ventilés mécaniquement. Nous observons encore aujourd'hui des écarts dans l'application de ces lignes directrices au niveau de certains établissements de santé du Québec.

Le stress continué qu'un patient subit vingt-quatre heures par jour lors de son séjour aux soins intensifs a des répercussions certaines sur son état physique et psychologique, et ce au moment où il est déjà en situation de santé précaire (Soh, Soh, Ahmad, Abdul Raman, & Japar, 2008). Ainsi, dans un tel contexte, l'utilisation de contentions physiques apparaît tel un agent agresseur supplémentaire qui se doit d'être

questionné: Certains patients sont coopératifs ou simplement trop malades pour tenter d'interférer avec leurs traitements. Pourquoi alors tenir à les mettre tous sous contentions sans distinction? Par crainte d'auto-extubation éventuelle ou par peur des représailles du corps médical?

Les infirmières œuvrant aux soins intensifs doivent faire face à des situations difficiles, où l'utilisation de méthodes de soins complexes est souvent associée aux grandes responsabilités qui leur sont confiées. La responsabilité de décision d'application de contentions incombe d'abord à l'infirmière (Choi & Song, 2003; Happ, 2000 ; Mion, 1996). Actuellement, plusieurs infirmières valident cette utilisation en affirmant qu'elles utilisent ces mesures de protection pour assurer la sécurité du client. C'est en fait dans l'intérêt de celui-ci qu'elles procèdent à cette utilisation afin de le protéger contre une auto-extubation éventuelle (Mion, 1996). Des manifestations physiques et psychologiques importantes s'avèrent être des conséquences associées à l'utilisation inappropriée de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Ces conséquences sont beaucoup trop importantes et ne tiennent pas la route devant le risque d'une auto-extubation éventuelle (Bray, Hill, Robson, Leaver, Walker & O'Leary, 2004). Plusieurs recherches ont signalé les nombreux effets néfastes associés à l'utilisation inappropriée de contentions physiques. Au plan physique, les conséquences qui en découlent sont la tachycardie, l'hypertension artérielle et les blessures cutanées (Martin, 2002). Au plan psychologique, divers impacts peuvent être observés comme l'agitation, la panique, la peur, la colère, la dépression, la léthargie, le

sentiment d'abandon, la diminution de la dignité, la désorientation, l'humiliation, la diminution de l'estime de soi, l'augmentation de l'agitation, la résignation et le déclin de l'état cognitif (Hine, 2007). Bray et al. (2004) notent des impacts négatifs au niveau des établissements. Selon ces auteurs, le fait de limiter les mouvements d'une personne augmente la mortalité et la morbidité, prolonge la durée de séjour aux soins intensifs augmentant ainsi les coûts et les risques de poursuites.

D'autres recherches ont porté sur la signification de ce geste pour les infirmières. Selon Mion (1996), bien que les infirmières soient responsables de la mise en place des mesures de contention, très peu d'entre elles inscrivent cependant cette intervention dans leurs notes d'observation. L'auteure explique cette conduite par le fait que la majorité des infirmières ne considère pas suffisamment l'importance et les risques associés à cette intervention. Dans certains cas, elles sont aussi d'avis qu'il ne s'agit pas d'une intervention relevant du domaine médical. L'étude de Happ (2000), effectuée sous forme d'entrevue avec des médecins et des infirmières, a révélé que la prise de décision relative à l'utilisation des mesures de contrôle engage presque exclusivement l'infirmière et qu'elle est fondée sur sa responsabilité liée à la protection de son patient. L'étude coréenne de Choi et Song (2003) portant sur l'observation d'infirmières en service a démontré que dans 94 % des cas, l'installation des mesures de contention relevait de la propre décision de l'infirmière. Kielb, Hurlock-Chorostecki & Sipprell (2005) soulignent dans leur étude que la majorité des infirmières affirme mettre sous contention leurs patients afin d'assurer leur sécurité. Cette croyance reflète une

conviction solidement ancrée chez le personnel soignant comme quoi les contentions fournissent l'assurance que le patient est réellement en sécurité. Owens (2000) constate que les infirmières utilisent systématiquement les contentions par crainte de susciter un certain litige. Ces intervenantes seraient exposées à être tenues responsables des comportements d'un patient pouvant mettre en péril sa propre vie. Finalement, l'étude de Happ (2000) identifie un élément bien particulier au niveau de cette problématique. En effet, au moment de la prise de décision, une majorité d'infirmières préfère utiliser les contentions par crainte de représailles du corps médical ou de collègues de travail, pour les cas où leurs patients sont réputés susceptibles de s'auto-extuber. Bien que certaines recherches aient porté sur la manière dont les infirmières gèrent l'utilisation de contentions physiques, il faut admettre que les variables justifiant de tels gestes sont encore peu connues. Il est de plus en plus pertinent pour les infirmières, dans leur pratique professionnelle, d'identifier les différentes variables qui influencent leur prise de décision dans l'application de mesures de contention et cela spécifiquement au niveau des soins intensifs. Ainsi pourrait-on être en mesure par la suite d'agir directement sur ces variables afin de diminuer toute utilisation systématique.

L'auteure de la présente recherche retient le modèle théorique d'Ajzen (1985), sur le comportement planifié, pour tenter d'identifier les différentes variables qui influencent l'intention des infirmières des soins intensifs à l'égard de l'application de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Ce modèle théorique, permettant d'étudier les perceptions, est pertinent dans la mise en place de programmes visant à

comprendre le comportement des personnes (Godin & Kok, 1996). Ce modèle stipule que trois variables mènent à la formation d'une intention qui est le déterminant immédiat du comportement. Ce cadre théorique a été utilisé fréquemment dans des études visant à identifier l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle comportemental des infirmières en lien avec certaines problématiques (Bezombes & Crouzil, 1998; Edwards, Nash, Najman, Yates, Fentiman & Dewar, 2001; Werner & Mendelsson, 2001). Ce projet de recherche permettra de décrire chacune de ces variables en regard du comportement et du contexte étudié. Nous décrirons en quoi chacune de ces trois variables influence l'intention comportementale des infirmières lors de l'utilisation des contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Il sera alors possible dans un premier temps de décrire l'attitude des infirmières en matière de contentions physiques ainsi que le degré d'accord des autres professionnels de la santé, quant à l'utilisation de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. De plus, il sera aussi possible d'évaluer la perception de contrôle que croit posséder l'infirmière dans son processus décisionnel. Dans un deuxième temps, nous déterminerons la force de la relation entre l'intention de comportement et chacune de ces trois variables. Décrire ces différentes variables et leur force de relation avec l'intention comportementale nous permettra éventuellement d'influencer ces variables par la mise en place de programmes d'intervention ou dans la conception d'outils d'évaluation pouvant guider l'infirmière des soins intensifs dans son processus décisionnel. En somme, ce cadre théorique nous permettra d'organiser les éléments de notre étude et nous guidera dans l'interprétation de nos résultats de recherche.

L'utilisation systématique de contentions physiques perdure encore aujourd'hui dans certaines unités de soins intensifs du Québec malgré l'élaboration de lignes directrices et l'adoption de plan d'action visant à en contrer l'usage. On ne retrouve pas à ce jour dans la littérature actuelle les références suffisantes qui nous permettraient de bien cibler ce qui pourrait inciter les infirmières des soins intensifs à utiliser ou non les contentions physiques auprès des patients ventilés mécaniquement. Afin de mieux comprendre le comportement de ces infirmières et pouvoir ainsi proposer un changement de pratique dans les milieux problématiques, il nous semble nécessaire d'aborder cette question en explorant les différentes variables à l'intérieur du cadre théorique proposé, dans le but d'identifier des constats ou des connaissances qui nous permettront de mieux comprendre le comportement des infirmières concernées. Rappelons ici que les infirmières sont identifiées comme étant les principales agentes décisionnelles lorsque le choix de l'utilisation des mesures de contention se présente (Choi & Song, 2003; Happ, 2000 ; Mion, 1996). Il devient fort pertinent pour la profession d'identifier ces différentes variables dans leur contexte même d'utilisation afin d'être mieux outillé pour en neutraliser les effets négatifs. Ainsi, les résultats obtenus par cette étude pourront-ils servir à développer des interventions efficaces susceptibles d'influencer un changement de pratique dans les milieux où l'utilisation des contentions physiques est encore omniprésente.

But de la recherche

Décrire l'attitude, la norme subjective, la perception du contrôle comportemental et l'intention de comportement des infirmières des soins intensifs à l'égard de l'utilisation de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement et explorer certaines relations possibles entre ces variables.

Questions de recherche

Quelles sont l'attitude, la norme subjective, la perception du contrôle comportemental et l'intention de comportement des infirmières des soins intensifs à l'égard de l'utilisation de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement?

Existe-t-il des relations entre d'une part, l'attitude, la norme subjective, la perception du contrôle comportemental et, d'autre part, l'intention de comportement à l'égard de l'utilisation de contentions physiques par les infirmières des soins intensifs auprès de patients ventilés mécaniquement?

Cadre de référence

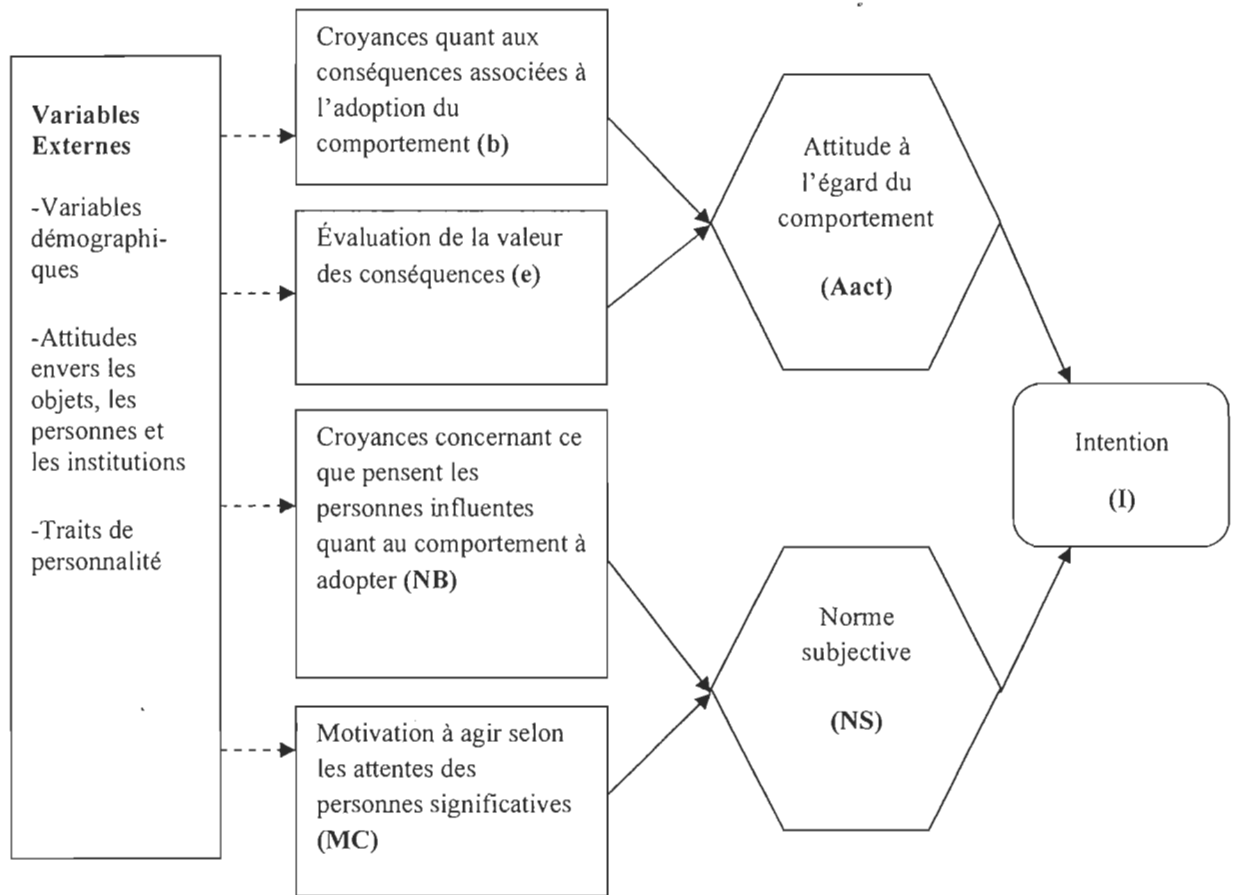
Dans le cadre de cette étude, la théorie du comportement planifié (TCP) élaborée par Ajzen en 1985 a été retenue comme modèle théorique. Ce dernier a été choisi dans le but d'ordonner les divers éléments de l'étude afin de pouvoir ensuite les mettre en contexte pour l'interprétation des résultats (Fortin, Côté & Filion, 2006). La TCP permet de comprendre par quel processus une personne peut être influencée à réaliser un comportement dans une situation donnée (Ajzen, 1985). L'objectif principal visé par cette théorie est d'identifier les différentes variables qui influencent l'intention comportementale ainsi que le comportement. Cette théorie origine de la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980). Agissant comme une extension à cette théorie, elle traite des limites reliées aux comportements sur lesquels les individus ne possèdent qu'un contrôle partiel. À ce titre, Ajzen (1985) ajoute une troisième variable soit la perception de contrôle comportemental qui influence à la fois l'intention et le comportement. Trois variables, soit l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle comportemental mènent à la formation d'une intention qui est le déterminant immédiat du comportement. Pour mieux saisir la TCP, il devient utile d'aborder ici en quelques mots la théorie de l'action raisonnée.

La théorie de l'action raisonnée

La théorie de l'action raisonnée (voir figure 1) a été élaborée dans le but premier d'expliquer comment les gens modifient leur comportement. Elle peut aussi, dans un deuxième temps, servir à identifier les principales variables qui favorisent la réalisation d'un comportement (Ajzen & Fishbein, 1980). Selon cette théorie, la personne effectue un certain bilan des conséquences et des avantages associés à la réalisation d'un comportement avant de décider si elle adoptera ou non ce comportement. Un bilan positif encouragera donc la personne à adopter le comportement alors qu'un bilan négatif entraînera directement l'abandon du comportement. Le déterminant immédiat d'un comportement est l'intention de la personne à réaliser ou non une action ciblée. Le comportement est déterminé par l'intention comportementale; l'intention se voit influencée à la fois par l'attitude à l'égard du comportement et par la norme subjective. Les croyances et les valeurs personnelles définissent l'attitude et la norme subjective. Deux éléments sont donc directement reliés à l'intention comportementale d'après cette théorie: l'attitude et la norme subjective.

L'attitude

L'attitude (A_{act}) à l'égard d'un comportement est définie par les croyances et les



----> Explications possibles de relations observées entre les variables externes et le comportement

—> Relations théoriques postulées entre les variables

Figure 1. Illustration schématique de la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980).

valeurs personnelles, lorsqu'elles sont reliées aux résultats positifs ou négatifs éventuels entraînés par la réalisation du comportement. Pour chacune des croyances, la personne estime la probabilité que la conséquence directe soit reliée à la réalisation de l'action, ce qui est représenté par les croyances quant aux conséquences associées à l'adoption du comportement (b). Elle fait alors une évaluation subjective (e) de la valeur et de l'importance de cette conséquence. L'attitude peut donc être mesurée par la somme de la force de chacune des croyances comportementales (b), pondérée par son évaluation subjective. Les individus associent donc des conséquences aux actions étant directement liées à leurs croyances personnelles et attribuent à ces actions une valeur conséquente (Ajzen & Fishbein, 1980).

$$A_{act} = \sum b \cdot e$$

La norme subjective

La norme subjective (NS) est déterminée par les croyances normatives d'un individu. Elle se rattache directement à la perception qu'a une personne de l'approbation ou de la désapprobation de personnes significatives, en lien avec l'action à accomplir

(NB). Elle tient aussi de sa motivation personnelle à agir dans le sens proposé par chacune de ces personnes (MC). La norme subjective peut donc être calculée en mesurant la perception de l'accord ou du désaccord des pairs face au comportement, pondérée par la motivation personnelle (Ajzen & Fishbein, 1980).

$$NS = \sum NB \cdot MC$$

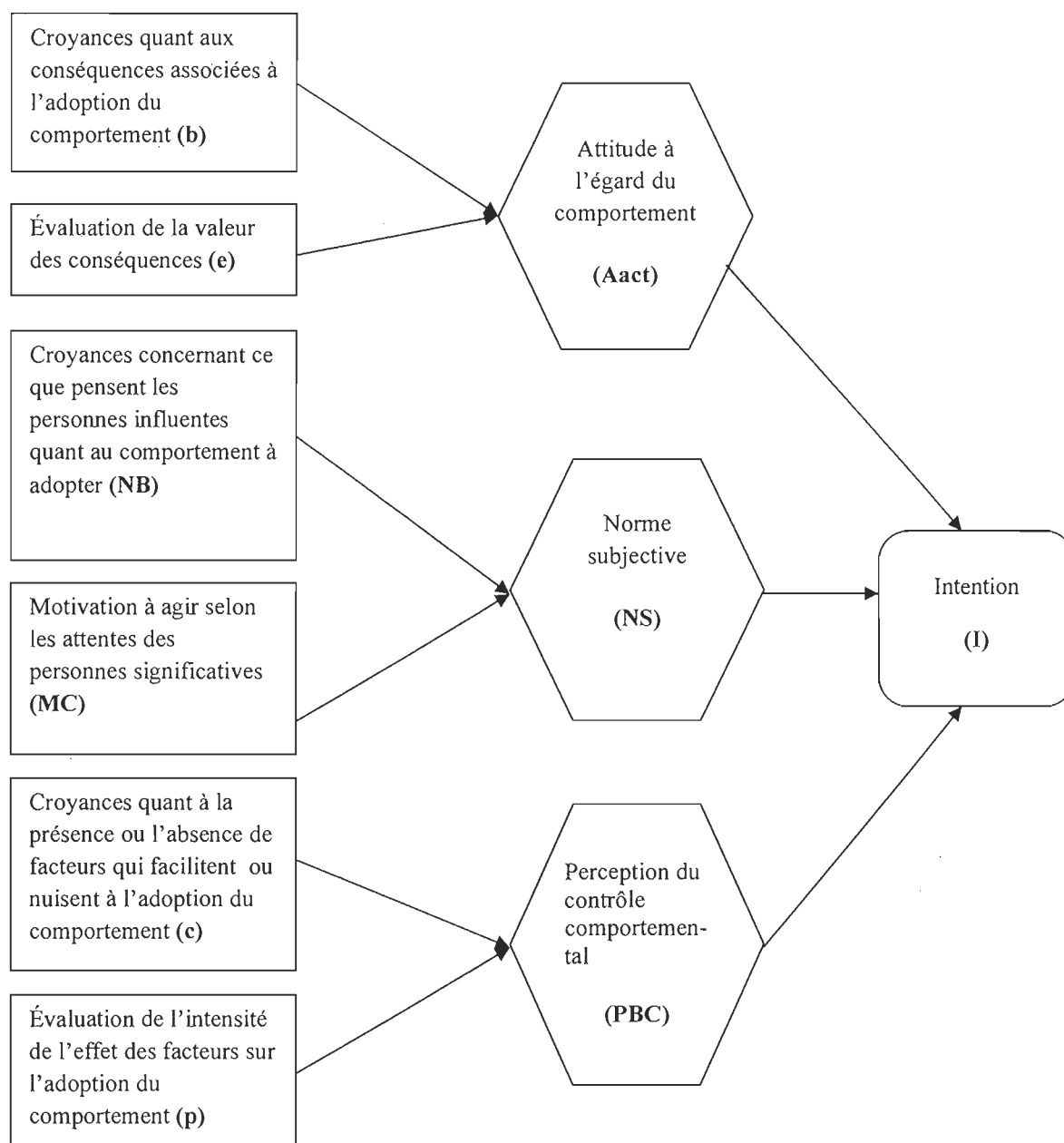
Finalement, la théorie de l'action raisonnée postule que tous les autres facteurs pouvant influencer un comportement ne le font que de manière indirecte, étant alors considérés comme des variables externes tel que les variables sociodémographiques et les traits de personnalité. Selon Ajzen & Fishbein (1980), ces variables n'affectent pas directement la valeur prédictive de cette théorie par le fait que l'influence de ces variables est filtrée à travers les croyances et les autres éléments du modèle. Afin de considérer les situations pour lesquelles les personnes ne possèdent ou croient posséder qu'un contrôle limité sur le comportement appelé à être modifié, Ajzen (1985) a élaboré la théorie du comportement planifié.

La théorie du comportement planifié

Afin de pallier les limites associées à la théorie de l'action raisonnée, notamment les déterminants qui échappent à la volonté de l'individu, Ajzen (1985) a proposé une troisième variable à intégrer au modèle théorique de l'action raisonnée. Cette troisième variable correspond à la perception de contrôle comportemental; elle réfère à la perception que possède l'individu de son degré de contrôle sur le comportement à réaliser (voir figure 2). Pour prédire un comportement sur lequel l'individu ne possède qu'un contrôle limité, il faut évaluer son intention et estimer le degré de contrôle que l'individu croit posséder sur le comportement identifié. La prédiction d'un comportement est donc directement reliée au degré de contrôle qu'une personne croit détenir à l'égard de ce même comportement. Le degré de motivation relié à la réalisation d'un comportement ne peut malheureusement pas être très élevé si la personne n'estime pas détenir les ressources requises, ni jouir des opportunités nécessaires et cela, même si l'attitude et la norme subjective sont favorables à la réalisation du comportement.

Perception de contrôle comportemental

Selon Ajzen (1985), la perception de contrôle comportemental repose sur la facilité



→ Relations théoriques postulées entre les variables

Figure 2. Illustration schématique inspirée de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985).

ou la difficulté évaluée par l'individu au niveau de la réalisation d'un comportement. Liée au comportement, elle réfère donc à la perception que possède une personne de pouvoir facilement ou difficilement adopter un comportement spécifique. Elle se voit influencée par des facteurs internes comme les connaissances, les aptitudes et les habilités ainsi que par des facteurs externes comme le temps, l'argent, les opportunités et la dépendance du comportement face à la coopération ou non des autres personnes.

La perception de contrôle comportemental est établie par les croyances liées à la présence ou à l'absence de ressources ou d'obstacles, en vue de l'adoption d'un comportement. Pour mesurer la perception de contrôle comportemental, Ajzen (1985) a proposé une équation permettant d'effectuer la somme de chacune des croyances que la personne possède concernant les probabilités liées à la présence effective ou non de différents facteurs pouvant faciliter ou nuire à l'adoption d'un comportement (c). Ces facteurs seraient présents au moment de la réalisation du comportement. Par la suite, la pondération se fait par l'évaluation de l'intensité de chacune des croyances pouvant influencer cette personne, lorsque des facteurs favorables ou des obstacles viennent l'encourager ou la dissuader de modifier son comportement (p).

$$PBC = \sum c . p$$

Spécifions par ailleurs que selon la théorie du comportement planifié de Ajzen (1985), l'influence de la perception de contrôle comportemental peut s'effectuer suivant deux chemins distincts. Premièrement, celle-ci peut influencer l'intention au même titre que l'attitude et la norme subjective, lorsque le comportement est considéré comme étant sous le contrôle volontaire de l'individu. S'ajoute donc l'équation suivante :

$$I = A_{act} + NS + PBC$$

Deuxièmement, la perception de contrôle comportemental peut prédire directement le comportement, lorsque le comportement n'est pas sous le contrôle volontaire de la personne (nécessite des ressources, des opportunités, des habilités). S'ajoute aussi l'équation suivante :

$$B = I + PBC$$

Deux conditions s'avèrent nécessaires pour observer l'effet de la variable associée à la perception de contrôle sur le comportement. Premièrement, le comportement ne doit pas être sous le contrôle volontaire de l'individu et la perception de contrôle comportemental doit se rapprocher le plus possible du contrôle du comportement réel (Godin & Kok, 1996). En somme, plus l'attitude et la norme subjective seraient propices à l'adoption d'un comportement, plus grande sera l'impression de contrôle. Il découlera alors de cette situation une plus grande intention d'agir.

Les études empiriques

Quelques études conduites auprès d'infirmières et ayant utilisé comme assise la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980) ainsi que celle du comportement planifié (Ajzen, 1985) ont été répertoriées. Les études citées sont de type descriptif corrélationnel au même titre que l'étude proposée. Elles se sont intéressées aux contentions (Werner & Mendelsson, 2001), à la notion de responsabilité (Bezombes & Crouzil, 1998) et à l'administration de sédation (Edwards, Nash et al., 2001).

L'étude de Werner et Mendelsson (2001) qui a décrit l'intention des infirmières travaillant en soins de longue durée en rapport avec l'utilisation de contentions physiques, présente un intérêt pertinent à notre étude. En effet, cette étude visait notamment à examiner l'attitude, la norme subjective, l'obligation morale et l'intention, le tout en lien avec l'utilisation de contentions physiques. Les auteurs ont utilisé la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980). En tant qu'étude descriptive corrélationnelle, elle avait comme groupe cible 303 infirmières travaillant dans un centre de soins de longue durée en Israël. Dans un premier temps, les chercheuses ont décrit et mesuré l'attitude, la norme subjective et l'obligation morale, en relation avec l'intention des infirmières d'appliquer des contentions physiques auprès de personnes âgées. Dans

un deuxième temps, ces chercheuses ont voulu décrire comment l'attitude de l'infirmière, la norme subjective, l'obligation morale et l'intention d'utiliser des contentions physiques étaient reliées aux variables sociodémographiques comme l'âge, le sexe, le niveau de formation, le lieu de naissance et l'état civil et aux variables professionnelles comme le nombre d'années d'expérience. Un questionnaire découlant des différentes variables de la théorie de l'action raisonnée a été distribué aux infirmières. Des échelles de types Likert de sept points ont été utilisées afin de mesurer les diverses variables du modèle théorique. En référence à l'étude précisée ici, on constate que l'attitude des infirmières dans l'utilisation des contentions peut être qualifiée de « modérée », tout comme la norme subjective associée à l'approbation des contentions par les personnes significatives. L'attitude est donc la variable qui a le coefficient de corrélation le plus élevé avec l'intention d'utiliser des mesures de contentions ($r = 0,65$, $p < 0,001$). Viennent ensuite l'obligation morale ($r = 0,50$, $p < 0,001$) et la norme subjective ($r = 0,46$, $p < 0,001$). Les auteures concluent que l'intention d'utiliser une contention physique est directement reliée à une attitude plus positive, un meilleur sens d'obligation morale et l'approbation par les pairs.

Une deuxième étude présentée ici soit celle de Bezombes et Crouzil (1998) s'avère intéressante par le lien qu'elle permet d'établir entre la responsabilité infirmière

reliée à la connaissance, au respect de son code de déontologie et à l'obligation de dispenser des soins selon les lignes directrices et les résultats probants. Celle-ci traite du comportement des infirmières en matière de responsabilité et de son influence sur l'exercice des soins infirmiers auprès du patient. Le cadre de référence utilisé au niveau de cette étude était la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1985). De nature descriptive corrélationnelle, l'étude visait à décrire à la fois l'attitude, la norme subjective, la perception de contrôle comportemental et l'intention de comportement en matière de responsabilité professionnelle. Un questionnaire a été administré à 154 infirmières d'un centre hospitalier de Toulouse en France. Les résultats obtenus permettent d'affirmer que « l'attitude » est une variable significativement influente au niveau de la responsabilité professionnelle de l'infirmière. Les infirmières se voient donc conscientisées aux responsabilités professionnelles lorsqu'elles prodiguent des soins. La norme subjective est reliée à la pression sociale exercée sur les infirmières de la part de personnes perçues comme significatives au niveau professionnel par ces mêmes infirmières. Les résultats de l'étude ont démontré que la pression exercée par les pairs n'est pas considérée comme une influence négative au niveau de la responsabilité professionnelle de l'infirmière. Enfin, la perception de contrôle comportemental signifiait le degré de contrôle de l'infirmière sur le fait de dispenser des soins de qualité. Les résultats ont ainsi démontré que les infirmières possèdent un bon degré de contrôle

sur leurs responsabilités professionnelles, lorsque celles-ci réfèrent aux soins qu'elles dispensent. Cette étude a permis de constater que l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle sont liées de façon positive à l'intention comportementale des infirmières en matière de responsabilité. Comme dans l'étude précédente, « l'attitude » est la variable qui influence le plus l'intention comportementale.

Une autre étude, prenant assise sur la théorie de l'action raisonnée (Ajzen & Fishbein, 1980), cherchait à décrire les différentes variables influençant l'intention des infirmières à l'égard de l'administration d'opioïdes dans le but de soulager la douleur (Edwards et al., 2001). Un total de 800 infirmières travaillant au niveau de différentes unités de soins en Australie ont participé à cette étude descriptive corrélationnelle. Selon les résultats obtenus, l'attitude des infirmières dans l'utilisation d'analgésiques peut être qualifiée de positive. Concernant l'administration des opioïdes ici en cause, les infirmières manifestent donc majoritairement une attitude favorable, lorsque ceux-ci visent à soulager la douleur. Pour ce qui est de la norme subjective, une majorité d'infirmières a affirmé que les personnes significatives au plan professionnel pour elles avaient une attitude positive face à l'administration d'opioïdes dans le but de soulager la douleur. Les auteurs ont conclu que la perception de contrôle des infirmières en lien

avec l'administration analgésique influence grandement chez celles-ci l'intention d'administrer des opioïdes.

Recension des écrits

Les infirmières œuvrant aux soins intensifs sont de plus en plus exposées à devoir prendre les décisions relatives à l'utilisation de mesures de contention auprès des patients ventilés mécaniquement. En effet, l'article 36 de la Loi sur les infirmières et infirmiers prévoit que ces professionnels ont une responsabilité importante au niveau du processus décisionnel en regard de l'application de mesures de contentions (OIIQ, 2003). En vertu de cette loi, l'infirmière peut maintenant décider d'utiliser des mesures de contentions auprès d'un patient à l'instar des médecins, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes (OIIQ, 2003). Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2002) définit la contention comme étant << toute mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap >>. De plus, le MSSS du Québec (2002) stipule que << l'utilisation de toute contrainte, qu'elle soit physique ou chimique, ne doit s'effectuer qu'en dernier lieu, après l'évaluation complète de la situation propre à chacun des patients concernés et le recours aux méthodes alternatives >>.

Les objectifs de cette recension des écrits sont d'identifier les différents facteurs influençant l'intention des infirmières des soins intensifs à appliquer ou non des contentions chez les patients ventilés mécaniquement. Nous identifierons dans un

premier temps les aspects éthiques et déontologiques pouvant influencer l'infirmière au niveau de son processus décisionnel. Également, nous présenterons l'aspect légal qui découle des lignes directrices élaborées par le MSSS du Québec et sa politique d'utilisation minimale. Nous explorerons ensuite les effets physiques, psychologiques et familiaux reliés à l'utilisation de contentions chez les patients ventilés mécaniquement, nous identifierons les divers résultats d'études effectuées lors d'épisode d'auto-extubations sous contentions. Nous développerons ensuite sur l'utilisation de sédation qui pourrait influencer directement l'intention de l'infirmière dans l'utilisation de contentions. Finalement, nous nous familiariserons avec le principe d'interférence aux traitements et les différents critères pouvant justifier l'utilisation de contentions physiques en contexte de soins intensifs. À cet égard, l'algorithme décisionnel élaboré par Vance (2003) sera présenté comme étant un outil pouvant aider l'infirmière au niveau de son processus décisionnel lié à l'utilisation ou non de mesures de contention. Nous compléterons cette recension des écrits avec les différentes méthodes alternatives et les solutions de rechange pouvant être utilisées pour remplacer les contentions physiques.

Éthique et déontologie

Chaque infirmière a la responsabilité de connaître et de respecter son code de déontologie lorsqu'elle prodigue des soins. Elle doit donc tenir compte des balises ainsi que des lignes directrices de sa profession et orienter en conséquence ses choix d'intervention. Le code de déontologie des infirmières et des infirmiers du Québec stipule clairement l'obligation de documenter légalement les faits démontrant la nécessité d'appliquer une contention physique, au niveau du dossier du patient (Code de déontologie des infirmières et infirmiers, 1981). Selon Mion (1996), très peu d'infirmières inscrivent cette intervention dans leurs notes d'observation. L'auteure explique cette conduite par le fait que la majorité d'entre elles ne considèrent pas suffisamment l'importance de cette intervention clinique. Dans certains cas, elles sont aussi d'avis qu'il ne s'agit pas d'une intervention relevant du domaine médical (Mion, 1996). Pourtant, le choix et la décision des mesures de contention incombent de fait à l'infirmière (Mion, 1996). N'est-elle pas celle qui se trouve le plus fréquemment au chevet du client? L'étude de Happ (2000) effectuée sous forme d'entrevue avec des médecins et des infirmières a révélé que la prise de décision relative à l'utilisation des mesures de contention engage presque exclusivement l'infirmière et elle est basée sur sa responsabilité évidente liée à la protection de son patient. L'étude coréenne de Choi et Song (2003) portant sur l'observation d'infirmières en service a démontré que dans 94 % des cas, l'installation des mesures de contention relevait de la propre décision de

l'infirmière. Cette dernière a l'obligation de promouvoir le bien et cela est très conflictuel pour les infirmières des soins intensifs qui doivent maintenir un environnement sécuritaire pour le patient tout en respectant son autonomie et sa dignité (Hine, 2007). En effet, Mion (1996) explique bien cette problématique << l'utilisation de contentions physiques peut être considérée comme une solution simpliste, mais c'est en fait une décision très complexe et éthique pour l'infirmière qui a l'obligation de respecter la liberté, la dignité et l'autonomie de son patient >> (traduction libre). Hurlock-Chorostecki et Kielb (2005) soulignent dans leur étude que la majorité des infirmières affirme mettre sous contentions les patients afin d'assurer leur propre sécurité. Cette croyance reflète une conviction solidement ancrée chez le personnel soignant voulant que les contentions physiques fournissent l'assurance que le patient est réellement en sécurité (Hine, 2007). Owens (2000) affirme aussi que les infirmières utilisent systématiquement les contentions par crainte de susciter un certain litige. Ces intervenantes seraient en quelque sorte exposées à être tenues responsables des comportements d'un patient pouvant mettre en péril sa propre vie. Mion (1996) affirme que les facteurs influençant la prise de décision des infirmières peuvent être divisés en trois catégories distinctes. Les caractéristiques des patients telles que l'âge, la sévérité des dommages et l'état cognitif, les caractéristiques de l'infirmière telles que le savoir et les années d'expérience et les caractéristiques de l'environnement telles que le ratio infirmière-patient et les préférences du corps médical et de l'administration. Finalement, l'étude de Happ (2000) identifie un élément bien particulier concernant cette

problématique. En effet, au moment de la prise de décision des mesures de contention, une majorité d'infirmières préfère utiliser les contentions par crainte de représailles du corps médical ou de collègues de travail, pour les cas où leurs patients sont réputés susceptibles de s'extuber.

Le Code de déontologie des infirmières et infirmiers du Québec stipule clairement l'obligation de l'infirmière de fournir les explications nécessaires à la compréhension des soins et des services qu'elle ou qu'il prodigue (Article 40, Code de déontologie des infirmières et infirmiers, 1981). De plus, lorsque l'obligation d'obtenir un consentement libre et éclairé incombe à l'infirmière ou à l'infirmier, elle ou il doit s'assurer que le client dispose de toutes les informations requises (Article 41, Code de déontologie des infirmières et infirmiers, 1981). L'individu autonome a la capacité de faire ses propres choix et de conduire ses actions sans contrainte. Ce principe corrobore l'obligation pour l'infirmière ou l'infirmier d'obtenir de son client ou de son répondant si celui-ci est inapte à décider, un consentement éclairé aux mesures et aux soins prodigués. Le Code civil du Québec (1991) sous-tend cette obligation en énonçant clairement la nécessité et le devoir d'obtenir un consentement préalable, qu'il s'agisse de traitements, d'examens, de prélèvements ou de toutes autres interventions. Un libre consentement doit être accordé sans contrainte. De plus, l'infirmière ou l'infirmier doit expliquer les avantages qu'on peut attendre d'une telle mesure, les risques et effets secondaires qui lui sont

associés, les conséquences en cas de refus et les solutions alternatives à l'utilisation de cette mesure (Code civil du Québec, 1991).

En somme, alors que l'utilisation systématique des contentions physiques semble être une solution plutôt simpliste, elle est de fait très conséquente pour l'infirmière qui a le devoir de respecter la liberté, la dignité et l'autonomie de son patient (Reigle, 1996). De plus, il est signalé que cette utilisation systématique augmente la dépendance du patient envers les infirmières, alors que celles-ci croient qu'en appliquant une mesure de contention le patient nécessitera moins de surveillance (Reigle, 1996). Dans une perspective de changement de pratique, l'éclairage particulier que nous donne la littérature tend à démontrer comme nous l'avons précédemment décrit dans la problématique que l'utilisation de contentions comporterait davantage de risques que de bénéfices. Kapp (1996) décrit bien cette problématique << l'utilisation inconvenante de contentions physiques expose les patients à des risques inévitables de blessures physiques et psychologiques et viole tout ce qui concerne l'éthique infirmière et la responsabilité associée de promouvoir le bien >> (traduction libre). L'étude de Lamb, Minnick, Mion, Palmer et Leipzig (1999) a identifié que plusieurs infirmières étaient inconfortables avec l'utilisation systématique de contentions puisqu'elles étaient en quelque sorte confrontées à un dilemme éthique entre les droits et le respect de la dignité du patient et la présence des risques éventuels. Le choix éthique d'appliquer une mesure de contention devrait être fait en considérant les risques associés à l'utilisation d'une telle mesure (Nirmalan, Dark, Nightingale, & Harris, 2004). Finalement, citons ici la

Déclaration des droits de l'homme << tout homme a le droit d'être libre de ses mouvements et aucun homme ne doit être soumis à des traitements dégradants >> (Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948).

Politique d'utilisation minimale des contentions

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi 90 (loi modifiant le code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q.2002, c.33), les infirmières ont davantage d'autonomie en ce qui touche la décision d'application de mesures de contention. L'article 36 de cette loi, entrée en vigueur le 1er juin 2003 cible entre autres 14 activités réservées aux infirmières, notamment la décision concernant l'utilisation de mesures de contention. L'infirmière doit, sur la base de son jugement clinique, décider de l'utilisation de mesures de contention chez un patient, à l'instar des médecins, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes (OIIQ, 2003). Cette loi reconnaît donc la nécessité de faire confiance au jugement clinique des infirmières dans l'utilisation des mesures de contention, en bonifiant leur marge décisionnelle.

Afin de guider la pratique au niveau du processus décisionnel des infirmières, le MSSS (2002) a précisé des principes directeurs. Ces orientations ministérielles relatives à l'utilisation des mesures de contention découlent de l'article 118,1 de la Loi sur les

Services de santé et les Services sociaux du Québec (LSSSQ, 1998) qui encadre bien l'utilisation de mesures de contention << la force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contention d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions >>. Tout établissement de santé doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de son application (MSSS, 2002). Notons que ces recommandations s'appliquent à l'ensemble des unités de soins et que les unités de soins intensifs, malgré la précarité de l'état de santé des clients hospitalisés, ne sont pas exclues de ces règles (MSSS, 2002). Ajoutons ici que l'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. Lorsqu'une mesure est envisagée, elle doit faire objet d'une mention détaillée au niveau du dossier (LSSSQ, 1998).

Par ces orientations et son plan d'action, le MSSS vise entre autres à proposer aux infirmières une démarche systématique ayant pour but de réduire l'utilisation de mesures de contention par l'application, en tout premier recours, de mesures de remplacement efficaces, efficientes et respectueuses de la personne, de son autonomie, de son environnement et de ses proches (OIIQ, 2003). Le MSSS (2002) a établi six principes

directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contention au niveau des établissements de santé. Le tableau 1 illustre ces principes directeurs (MSSS, 2002).

En cas d'application de mesures de contention, tout soignant a l'obligation légale de documenter chaque décision relative à l'application d'une mesure de contention (Article 180.1, LSSS, 1998). L'équipement utilisé en regard du type et de la grandeur, de la période pendant laquelle les mesures de contention ont été utilisées et une description du comportement qui a motivé l'application ou le maintien de ces mesures de contention doivent être consignés au dossier du patient. De plus, l'infirmière doit procéder non seulement à l'évaluation de la nécessité de mettre en place une mesure de contention, mais à la réévaluation fréquente de la situation clinique propre à chaque patient. De plus, elle doit assurer les soins et la surveillance requise associés à l'application de toutes mesures de contention.

Tableau I

Principes directeurs pour l'utilisation de mesures de contention

Principes directeurs

1. Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent
2. Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours
3. Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne
4. L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive
5. L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles
6. L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements

(MSSS, 2002)

Effets néfastes associés à l'utilisation de contentions physiques

Lors de la prise de décision en lien avec l'utilisation de mesures de contention, l'infirmière doit évaluer les risques et les avantages reliés à son choix. Il y a des risques évidents engendrés par l'utilisation systématique de contentions chez les patients ventilés mécaniquement et l'infirmière se doit de considérer ces risques lors de la prise de décision (Hine, 2007). La littérature consultée sur l'emploi des contentions en milieu critique comporte plusieurs articles démontrant les effets néfastes d'une utilisation inadéquate pour le patient, la famille, les établissements concernés et l'ensemble des intervenants. Cependant, les articles traitant des avantages d'une utilisation systématique sont des plus rares, voire même inexistants. Le tableau 2 présente les impacts négatifs qui ont été recensés au niveau de cette revue de la littérature (Bray, Hill et coll., 2004; Fletcher, 1996; Happ, 2000; Martin, 2002; MSSS, 2006; Nirmalan, Dark et coll., 2004., Reigle, 1996; Swauger & Tomlin, 2000).

En somme, les nombreux impacts négatifs reliés à une utilisation abusive des contentions, conjugués aux résultats abondants d'études effectuées lors d'épisodes d'auto-extubation en présence de contentions, pourraient influencer éventuellement les infirmières au niveau du processus décisionnel.

Tableau 2

Impacts négatifs associés à l'utilisation de contentions physiques

 Impacts négatifs

Plan physique

Blessures cutanées, plaies de pression, atrophie musculaire, infections nosocomiales, constipation, incontinence, douleur, hypertension artérielle, tachycardie, aspiration, asphyxie.

Plan psychologique

Agitation, panique, peur, colère, dépression, léthargie, sentiment d'abandon, perte de dignité et d'estime de soi, désorientation, humiliation, augmentation de l'agitation, augmentation du risque de délirium, résignation et déclin de l'état cognitif.

Impacts sur les familles

Sentiment d'impuissance et d'incompréhension, sentiment de frustration, sentiment de colère envers l'établissement et les intervenants, réduction des manifestations affectueuses.

Impacts sur les intervenants

Conflit de valeur, culpabilité, sentiment d'incompétence, sentiment d'abus de pouvoir et sentiment d'incompréhension relativement à la situation clinique.

Impacts sur les établissements

Prolongation de la durée de séjour, augmentation de la mortalité et de la morbidité, mauvaise réputation de l'institution, augmentation des coûts et des poursuites juridiques.

(Bray, Hill et coll., 2004; Fletcher, 1996; Happ, 2000; Martin, 2002; MSSS, 2006; Nirmalan, Dark et coll., 2004., Reigle, 1996; Swauger & Tomlin, 2000)

L'auto-extubation en présence de contentions

Lors de la prise de décision reliée à l'utilisation de mesures de contention, l'infirmière se doit de considérer les résultats probants reliés à l'efficacité des mesures de contention lors d'épisode d'auto-extubation. En effet, Doyon (2009) explique bien dans son chapitre portant sur l'application des pratiques fondées sur les résultats probants, l'importance de considérer la quantité de résultats de recherche disponibles et l'obligation qu'ont les professionnels de la santé d'appliquer des pratiques soignantes exemplaires. L'auto-extubation se définit comme un retrait volontaire et prématuré par le patient du tube endotrachéal ou trachéal qui lui assure une assistance respiratoire (Grap, Glass, & Lindamood, 1995; Krinsley & Barone, 2005; Mion, 1996). Le taux d'auto-extubation varie de 3,4 % à 22,5 % au sein des différents types de soins intensifs (Kapadia, 2001; Yeh, Lee, Ho, Chiang, & Lin, 2004). Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés comme influençant directement le taux d'auto-extubation notamment la présence de contentions physiques. En effet, la majorité des auto-extubations seraient directement associées à la présence de contentions (Tung et al., 2001). Le pourcentage d'auto-extubations effectuées sous contentions varie de 25,6 % à 80 % selon différentes études conduites au niveau de soins intensifs (Balon, 2001; Birkett, Southerland, & Leslie, 2005; Chen et al., 2002). Les études qui seront présentées prochainement viennent nombreuses corroborer ce constat en témoignant de l'inefficacité des contentions physiques dans le but de prévenir les épisodes d'auto-extubation.

L'étude rétrospective de Balon (2001) effectuée en Pennsylvanie pendant 14 mois au niveau de soins intensifs médicaux et chirurgicaux a investigué 75 cas d'auto-extubations. La chercheuse a constaté que dans les 75 cas d'auto-extubation, 60 cas étaient survenus en présence de contentions. Cette étude a relevé un taux d'auto-extubation de 80 % en présence de contentions. L'étude rétrospective de Birkett et coll. (2005) effectuée annuellement en Australie pendant une période de 7 ans en contexte de soins intensifs médicaux et chirurgicaux a démontré un taux variable d'auto-extubations en présence de contentions de 44 % à 67 %. L'étude rétrospective de Curry, Cobb, Kutash, & Diggs (2008) effectuée en Floride pendant une période de 8 mois au niveau de soins intensifs chirurgicaux a établi que 87 % des auto-extubations ont eu lieu en présence de contentions physiques. Finalement, l'étude rétrospective de Chang, Wang, & Chao (2008) couvrant une période de 21 mois en contexte de soins intensifs médicaux et chirurgicaux avait pour but de mesurer l'influence et le risque d'auto-extubations en présence de contentions. Les chercheurs ont constaté que 82 % des cas d'auto-extubations sont survenus en présence de contentions. Ils ont aussi constaté que la présence de contentions physiques augmentait de 3,11 fois le risque d'auto-extubations chez les patients intubés. Il est évident pour les chercheurs que les contentions ne sont pas seulement inefficaces au niveau de la prévention des auto-extubations mais qu'elles augmentent directement ces épisodes (Birkett et coll., 2005; Chang et coll., 2008; Curry et coll., 2008). En somme, il est de plus en plus évident qu'actuellement aucune preuve

scientifique ne supporte la position que la mise en place de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement puisse diminuer le risque d'auto-extubation. Au contraire, ce que confirment les recherches, c'est que les bénéfices reliés à l'utilisation des contentions pour prévenir les auto-extubations et diminuer les interférences aux traitements n'ont pas été clairement démontrés et ne découlent d'aucune base scientifique (Reigle, 1996).

L'utilisation de sédation aux soins intensifs

L'utilisation de sédation peut être un facteur influençant directement l'intention des infirmières à utiliser des contentions. Chang et coll. (2008) partagent solidement cette conviction. Dans le but de diminuer l'utilisation de contentions chez les patients à risque d'auto-extubation, puisque les contentions physiques peuvent de fait augmenter ce risque d'auto-extubation, celles-ci ne devraient être utilisées qu'en dernier recours, lorsque les sédations sont inefficaces (Maccioli, Dorman, Brown, Mazuski, McLean, & Kuszaj, 2003). Pour prévenir les auto-extubations, les infirmières doivent développer une meilleure façon d'utiliser les contentions en évaluant fréquemment l'état clinique du patient et son degré de sédation. Nous ne pouvons pas nier que l'utilisation de sédation fait partie intégrante des soins à donner aux patients intubés. L'utilisation efficace de sédation peut diminuer l'agitation, l'anxiété et le délirium (Chang et coll., 2008). La sédation doit être cependant considérée comme une alternative aux contentions

physiques (Maccioli et al., 2003). Les infirmières ont le devoir et l'obligation d'administrer une sédation prescrite lorsque c'est nécessaire, afin d'éviter les auto-extubations (Powers, 1999). Les contentions physiques doivent être utilisées seulement lorsque le patient est à risque élevé d'auto-extubation et que la sédation pharmacologique ne provoque pas l'effet escompté (Nirmalan et al., 2004). Selon cette optique, il est évident que la contention chimique semble plus acceptable que la contention physique, laquelle est moins appropriée dans plusieurs cas et augmente le risque d'auto-extubation.

L'étude descriptive de Yeh, Lee, Ho, Chiang, & Lin (2004) effectuée pendant une période de 18 mois au niveau de soins intensifs médicaux et chirurgicaux a démontré que l'incidence des auto-extubations était reliée au fait que les patients étaient sous contentions, qu'il était agité à cause de la douleur et de l'inconfort, qu'il était inhabile à communiquer et qu'il était en manque de sédation. En effet, 57 % des sujets capables de communiquer après leur épisode d'auto-extubation ont affirmé qu'ils ont retiré le tube endotrachéal parce qu'ils étaient inconfortables et souffrants (Yeh et al., 2004). L'étude rétrospective de Balon (2001) décrite précédemment a aussi permis de mettre en lumière des données en lien avec le niveau de sédation relié aux épisodes d'extubations. En effet, la majorité des patients qui se sont extubés étaient non seulement placés sous contentions physiques, mais ils démontraient également un très bon état de conscience et

pouvaient sentir l'inconfort du tube endotrachéal et de la ventilation assistée (Balon, 2001). De plus, ces cas d'auto-extubations étaient intentionnels et se sont produits chez des patients qui n'avaient pas été sédatisés dans les deux dernières heures précédant l'épisode d'auto-extubation. Les chercheurs croient qu'une légère sédation continue permettrait au patient de ne pas ressentir l'inconfort du tube endotrachéal et de la ventilation, tout en lui laissant un niveau de conscience lui permettant de coopérer aux soins (Yeh et al., 2004). Cette procédure est bien utilisée en Europe où la majorité des pays affichent un taux très minime d'utilisation de mesures de contention (Martin & Mathisen, 2005). En effet, en Europe, les sédations aux soins intensifs sont surtout administrées pour le confort, pour réduire l'anxiété et la douleur dans le but de faciliter les soins et diminuer la demande métabolique en oxygène (Benbenbishty, Adam & Endacott, 2010). Les sédations administrées réduisent alors l'inconfort relié à la présence du tube endotrachéal et permettent une meilleure récupération pour le patient, puisqu'il synchronise sa respiration sur le volume administré par le ventilateur (Ball, 2002; Woodrow, 2000). Pour contrer l'utilisation systématique de contentions aux soins intensifs, il est important de bien définir, pour le personnel soignant, les différents critères qui vont justifier l'utilisation des contentions physiques dans les cas d'interférence aux traitements.

L'interférence aux traitements

L'interférence aux traitements est identifiée comme la principale raison d'application de contentions physiques (Choi & Song, 2003; Evans, Wood, & Lambert, 2002; Fletcher, 1996; Letizia, Babler, & Cockrell, 2004; Martin & Mathisen, 2005). Cette interférence aux traitements, définie comme étant une certaine opposition de la part du patient à l'égard de son appareillage technologique (Happ, 2000), peut donc influencer directement l'infirmière dans sa prise de décision et dans son intention d'utiliser des mesures de contention, lesquelles ne sont qu'une solution de dernier recours à ce problème d'interférence et ne devraient être utilisées qu'au moment où la pharmacologie ou toutes les mesures alternatives ont échoué (Happ, 2000). Cette chercheuse a identifié dans un article traitant de l'utilisation d'une meilleure pratique de soins, différents facteurs pouvant influencer la pratique dans le contrôle de l'interférence aux traitements. Premièrement, le degré élevé de l'interférence aux traitements serait relié directement à l'importance du danger éventuel et à la difficulté associée au remplacement de l'équipement. Les caractéristiques des patients telles que le niveau de conscience et la capacité du patient à comprendre l'importance de l'appareillage technologique ainsi que les conditions environnementales telles que la possibilité de l'infirmière de visualiser adéquatement son patient, la proximité des patients et le ratio infirmière-patient seraient des facteurs pouvant influencer significativement les infirmières dans leur décision d'appliquer des contentions physiques auprès des patients ventilés mécaniquement (Happ, 2000).

En outre, malgré les effets néfastes et les impacts négatifs associés à l'utilisation de contentions physiques, celles-ci peuvent s'avérer essentielles et vitales pour quelques patients ventilés mécaniquement répondant à certains critères d'évaluation.

Critères justifiant l'utilisation des contentions physiques aux soins intensifs

Afin d'aider à la prise de décision relative à l'utilisation des mesures de contention dans les unités de soins critiques, Vance (2003) a élaboré un algorithme décisionnel comportant des critères permettant d'évaluer la pertinence d'utiliser les contentions chez l'usager hospitalisé aux soins intensifs (figure 3). Cet outil est basé sur une évaluation systématique de trois aspects, soit premièrement l'état mental du patient, deuxièmement la menace imminente pour la vie du patient selon la nature du traitement prodigué et troisièmement les équipements technologiques utilisés pour traiter le patient. Ces trois aspects font aussi appel à trois niveaux d'application distincts auxquels l'infirmière doit référer pour codifier l'état de son patient (Vance, 2003). Le niveau 1 est caractérisé par une variété de conditions et de situations usuelles non problématiques dont la présence rendrait non pertinente l'utilisation de contentions chez le patient hospitalisé aux soins intensifs. Le niveau 2 est caractérisé par la présence de traitements et d'équipements technologiques considérés comme ne mettant pas en danger la vie du patient, mais pouvant causer certains préjudices s'ils sont accidentellement délogés ou retirés. Ainsi, l'utilisation d'une contention peut-elle devenir pertinente et justifiable, mais seulement

après avoir constaté l'échec des mesures de remplacement. Le niveau 3 est caractérisé par la présence de traitements et équipements technologiques considérés comme mettant en danger la vie du patient s'ils étaient accidentellement délogés ou retirés. Dans cette situation clinique, l'utilisation d'une contention s'avère pertinente s'il y a absence d'indicateurs de niveau 1. Selon cet algorithme décisionnel, l'infirmière peut juger comme inadéquat et inapproprié d'appliquer une contention indépendamment : (1) si le patient est inconscient ou paralysé au point de vue physiologique et/ou thérapeutique (curare), (2) s'il est alerte et bien orienté au niveau des trois sphères, (3) s'il est en observation constante de la part du personnel soignant ou d'une personne significative. Ces critères d'exclusion étant établis, il convient maintenant d'explorer quelques méthodes préventives et alternatives pouvant pallier l'usage systématique de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement.

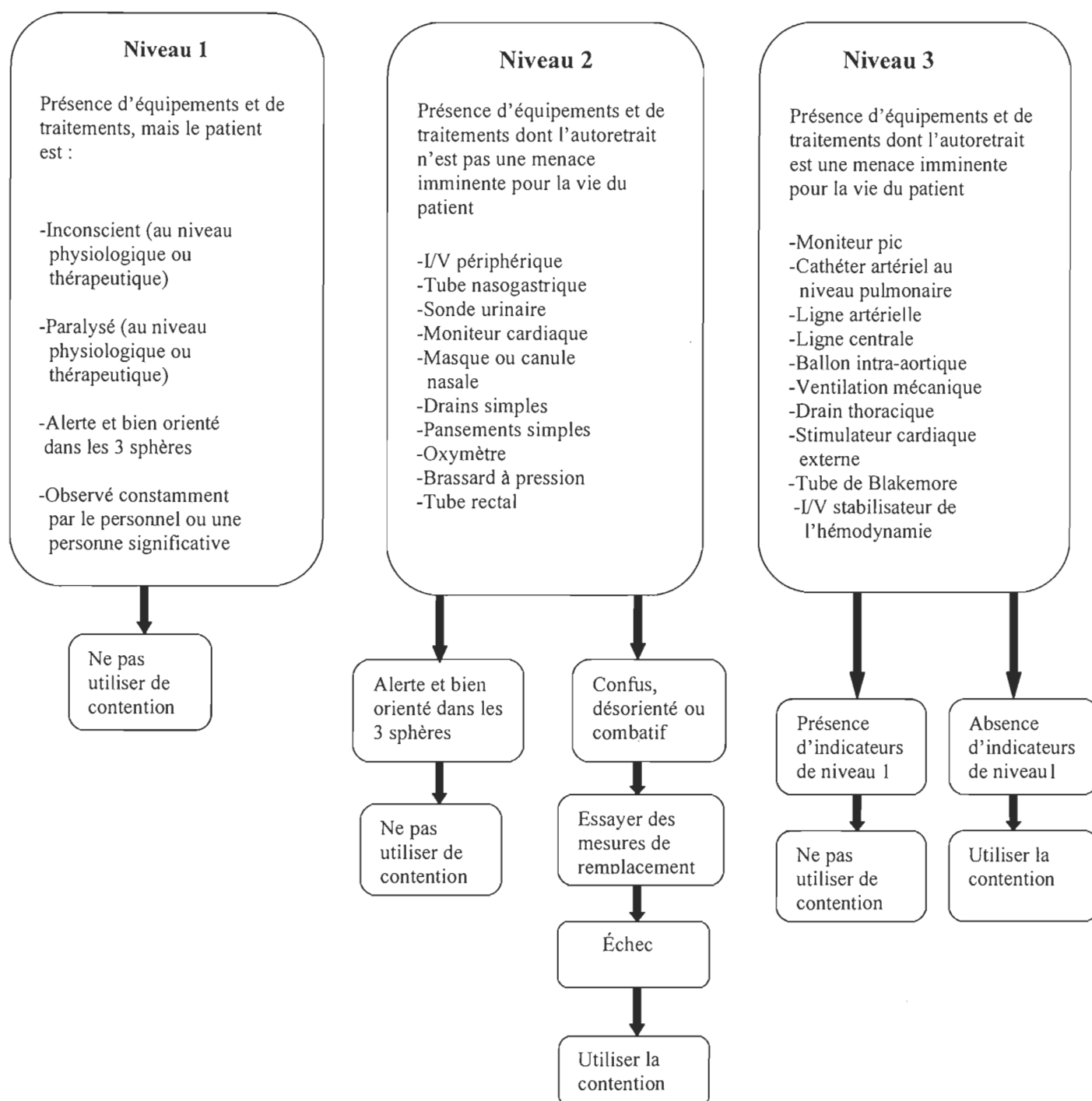


Figure 3. Protocole d'interférence avec les traitements aux soins intensifs (Vance, 2003, traduction libre par MSSS, 2006).

Mesures alternatives à l'utilisation de contentions physiques

L'accessibilité et la connaissance de méthodes alternatives sont considérées comme des facteurs influençant l'intention et la décision de l'infirmière face à l'utilisation de mesures de contention (MSSS, 2002). Selon Leith (1998), l'utilisation inappropriée de contentions par les infirmières peut être associée au manque de connaissances des infirmières en ce qui a trait aux méthodes alternatives et à leur disponibilité. Le fait d'être incapable de parler peut être très troublant pour un patient ventilé mécaniquement (Hine, 2007). De plus, les contentions utilisées afin de prévenir les interférences aux traitements limitent l'habileté des patients à utiliser leurs mains comme alternative gestuelle pour assurer une certaine communication. Les contentions au niveau des poignets empêchent aussi l'utilisation de méthodes de communication comme l'utilisation de tableau de dessin ou d'écriture (Happ, 2000; Menzel, 1998). L'utilisation de contentions pourrait être minimisée si les infirmières apprenaient à interpréter les comportements des patients et à promouvoir les méthodes alternatives (Swauger & Tomlin, 2001). Voici un résumé des principales méthodes alternatives recueillies dans le cadre de la présente revue de la littérature (Bray et coll., 2004; Happ, 2000; Happ, 2002; Hurlock-Chorostecki & Kielb, 2006; Mion, 1996).

Les patients en soins intensifs ont une mémoire raccourcie par la variation de leur état de conscience, lequel se voit souvent diminué par l'administration de sédations. Le fait d'expliquer fréquemment la nécessité et les spécificités de l'appareillage technologique en place favorise la diminution de l'anxiété chez le patient ventilé mécaniquement (Happ, 2002). L'infirmière peut participer à l'atteinte de cet objectif en utilisant un miroir à main, afin que le patient ventilé puisse bien visualiser l'appareillage technologique en place. De plus, bien informer en période préopératoire à l'aide d'un guide visuel les patients qui seront ventilés mécaniquement en postopératoire, permet aussi de diminuer l'anxiété du patient ventilé, facilite sa compréhension et augmente sa coopération dans l'utilisation de l'appareillage technologique. Assurer une bonne communication avec un patient intubé se présente constamment comme un défi de taille pour le personnel soignant. Il devient dès lors important que l'infirmière explique clairement toutes les interventions avant de les effectuer. Offrir au patient la possibilité d'écrire pour s'exprimer ou d'utiliser des tableaux adaptés pour la communication, voilà aussi des stratégies efficaces pour assurer une bonne communication (Bray et coll., 2004).

Afin de maintenir un état de calme chez les patients, il importe de diminuer les risques de développer un délirium. La présence d'un délirium peut dans certains cas, rendre l'utilisation des contentions physiques inévitables (Bray et coll., 2004). Il faut donc veiller à ce que le patient demeure le plus possible bien orienté dans les trois

sphères : temps, lieu et personnes. L'installation d'une radio au chevet du patient permet d'améliorer l'orientation temporelle puisque les animateurs répètent fréquemment la date et l'heure. La diffusion de musique peut également aider à diminuer l'anxiété et favoriser le confort. L'installation d'un calendrier sur le mur de la chambre du patient de manière à ce qu'il soit visible et qu'il lui permette d'identifier la journée en cours, se propose aussi comme stratégie intéressante (MSSS, 2006).

Parmi les soins à offrir aux patients intubés, citons comme objectif important à atteindre le fait de favoriser le confort et la qualité du sommeil. En effet, le manque de sommeil ainsi que le sommeil fragmenté sont parmi les premières causes du délirium observé aux soins intensifs (Devlin, Fong, Fraser, & Riker, 2007). En regroupant les soins à administrer dans une même période, on peut pallier efficacement cette fragmentation du sommeil. Revoir fréquemment l'installation du patient intubé en position confortable, en varier les positions au lit et effectuer périodiquement un massage lors de ces manœuvres, sont autant d'actions qui influent sur le niveau de son confort et la qualité de son repos (Bray et coll., 2004). De plus, il est important de s'assurer que le patient n'ait pas trop chaud ou trop froid. Le soulagement de la douleur et de l'inconfort à l'aide d'analgésiques et de sédation peut aussi être considéré (Maccioli et coll., 2003). Afin de diminuer les stimuli visuels, il est suggéré de tamiser les lumières et d'utiliser au besoin des lunettes fumées (Bray et coll., 2004). Pour ce qui se rapporte aux stimuli auditifs, on peut aussi recourir à l'utilisation de bouchons pour

oreilles. En somme, l'infirmière doit être alerte à toutes modifications comportementales pouvant témoigner de l'inconfort du patient (Chang et coll., 2008).

Offrir un environnement calme et rassurant est aussi un défi de taille pour les unités de soins intensifs. Cependant, certaines stratégies peuvent être utilisées. Le fait d'installer les patients intubés dans des chambres près du poste des infirmières, dans le but d'assurer un contact visuel direct par le personnel soignant, est une stratégie efficace. De plus, le fait de respecter un ratio infirmière-patient adéquat permet aux infirmières d'assurer une surveillance étroite (Mion, 1996). Placer l'appareillage technologique à la tête du patient en dehors du champ visuel de celui-ci, diminue les risques d'interférence aux traitements (MSSS, 2006). Finalement, la présence de la famille ou d'une personne significative peut être considérée comme une méthode alternative à l'utilisation de contentions physiques. En effet, la présence de celle-ci peut rassurer le patient et favoriser un état de calme (Vance, 2003).

Conclusion

Dans une perspective de changement de pratique, l'éclairage particulier que nous donne la littérature consultée a permis de constater que l'utilisation de mesures de contention comporte davantage de risques que de bénéfices. Cependant, malgré toutes ces évidences, cette utilisation systématique et souvent inappropriée persiste encore dans

certaines unités de soins intensifs. Kapp (1996) définit pourtant bien cette problématique << l'utilisation inconvenante de contentions physiques expose le patient à des risques inévitables de blessures physiques, psychologiques, et viole tout ce qui a trait à l'éthique infirmière >> (traduction libre). Cette utilisation inappropriée des contentions expose les centres hospitaliers, les infirmières et les médecins à des poursuites judiciaires. Les infirmières ont de leur côté la responsabilité de faire le bilan des multiples conséquences physiques et psychologiques liées à l'utilisation systématique des contentions. Toute mesure de contrainte n'est utile que lorsque les méthodes alternatives ont échoué à la suppléer et que les avantages surpassent les inconvénients. Pour contrer l'usage abusif des contentions, il convient maintenant par cette recherche, d'identifier les différents facteurs qui influencent le maintien et la persistance de cette pratique dans certaines unités de soins intensifs. La littérature consultée sur le sujet et citée à votre réflexion ne semble pas suffisante pour susciter un changement de pratique sensible dans ce domaine. Toutefois, en ciblant bien ces différents facteurs dans leur contexte même d'utilisation, nous serions sans doute mieux outillés pour influencer la pratique à l'égard de l'utilisation de mesures de contention.

Méthodologie

La phase méthodologique a pour objectif de préciser la manière dont les questions de recherche seront intégrées dans un devis indiquant les activités à accomplir au cours de la recherche (Fortin et coll., 2006). Cette section proposera donc l'ensemble des opérations de mise en œuvre reliées à cette étude. Nous présenterons dans ce chapitre le devis de recherche, la définition opérationnelle des variables utilisées, la population cible et l'échantillonnage choisi, le milieu clinique et le mode de recrutement des sujets, l'élaboration du questionnaire ainsi que son contenu, les méthodes d'analyse des données, les considérations éthiques et finalement les avantages et les limites de la recherche.

Devis de recherche proposé

Le devis choisi pour cette étude est de type descriptif corrélationnel ayant pour but premier de décrire les différentes variables et d'explorer les relations entre elles (Fortin et coll., 2006). La théorie du comportement planifié d'Ajzen (1985) permettra d'identifier les différentes variables qui influencent l'intention des infirmières des soins intensifs dans l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. Par la suite, nous tenterons d'établir des relations entre les différentes variables afin de mieux comprendre ce phénomène.

Définition opérationnelle des variables utilisées

La théorie du comportement planifié d'Ajzen (1985) considère que trois variables influencent l'intention d'adhérer à un comportement. Ces variables sont l'attitude, la norme subjective et la perception de contrôle comportemental.

L'intention (I)

L'intention est une indication de la motivation d'une personne à exécuter un comportement donné et celle-ci est considérée comme l'antécédent immédiat du comportement (Ajzen, 1985). Dans le cadre de la présente étude, cette variable correspond à l'intention des infirmières des soins intensifs d'utiliser des contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement.

L'attitude (Aact)

L'attitude à l'égard d'un comportement est définie par les croyances et les valeurs personnelles, lorsque celles-ci sont reliées aux résultats positifs ou négatifs possibles que pourrait entraîner la réalisation d'un comportement (Ajzen, 1985). Dans cette recherche, cette variable correspond à l'attitude favorable ou défavorable des infirmières des soins intensifs à l'égard de l'utilisation de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. Elle est évaluée à la fois par une mesure directe à

l'aide du questionnaire auto-administré et par une mesure indirecte, en lien avec l'évaluation des différentes croyances comportementales relevées.

La norme subjective (NS)

La norme subjective est déterminée par les croyances normatives d'un individu. Elle se rattache directement à la perception d'une personne quant à l'approbation ou à la désapprobation donnée par des personnes significatives pour qu'elle accomplisse ou non l'action, ainsi que par sa motivation personnelle à agir dans le sens exprimé par chacune de ces personnes (Ajzen, 1985). La norme subjective est associée dans cette étude aux attentes des personnes significatives pour l'infirmière, en lien avec l'utilisation de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. En effet, dans son processus décisionnel, l'infirmière peut être influencée par les attentes des autres infirmières, mais aussi par celles de l'équipe multidisciplinaire au regard du comportement étudié. La norme subjective est évaluée de manière directe à l'aide du questionnaire auto-administré et de manière indirecte par l'évaluation des différentes croyances normatives citées dans le questionnaire.

La perception du contrôle comportemental (PBC)

La perception du contrôle comportemental est définie comme la perception du degré de facilité ou de difficulté avec lequel un comportement peut être adopté. Dans le cadre de cette étude, la perception de contrôle est reliée à la présence d'obstacles ou de facteurs facilitants qui influencent la décision des infirmières dans l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. La perception de contrôle comportemental est évaluée directement à l'aide du questionnaire auto-administré et indirectement par la mesure des croyances liées au contrôle.

Population cible

La population ciblée dans la présente étude est constituée d'infirmières et d'infirmiers travaillant aux soins intensifs médicaux et chirurgicaux et à l'unité coronarienne du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Description des milieux de recherche

L'unité de soins intensifs médicaux et chirurgicaux du Centre Hospitalier

Régional de Trois-Rivières comprend 18 lits. Approximativement 50 infirmières se partagent les différents quarts de travail. L'unité coronarienne, pour sa part, comprend 10 lits de soins intensifs où une trentaine d'infirmières se partagent les différents quarts de travail. Un taux de participation à l'étude de 78 % a été obtenu au sein des deux unités étudiées.

Échantillon et recrutement

Le calcul de la taille d'échantillon nécessaire a été calculée à partir du progiciel G*Power et selon les quatre critères suivants (Eldferlder, Faul, & Buchner, 1996) : 1) un niveau de puissance statistique de 0.80; 2) une valeur alpha de 0.05; 3) un total de trois variables indépendantes (attitude, norme subjective, perception de contrôle sur le comportement); et 4) une taille d'effet attendue de $f^2 = 0.35$. En considérant les critères susmentionnés, une taille d'échantillon de 36 participants au total est nécessaire. Une méthode d'échantillonnage non probabiliste (de convenance) a été utilisée. Les infirmières et infirmiers ont été recrutés directement au sein de ces deux unités. Une rencontre ponctuelle s'est tenue au début de chacun des quarts de travail dans les deux unités ciblées et a été effectuée dans le but premier d'informer le personnel infirmier des objectifs et du déroulement de l'étude. L'implication requise, les retombées potentielles ainsi que les aspects éthiques ont également été abordés lors de cette rencontre. La prise de décision quant à la participation ou la non-participation à l'étude était individuelle et postérieure à cette rencontre préliminaire.

Élaboration du questionnaire

Un questionnaire auto-administré a été utilisé pour évaluer les différentes variables de la théorie du comportement planifiée associée à l'étude Godin & Kok (1996) suggèrent que toute nouvelle étude utilisant la théorie du comportement planifié nécessite le développement d'un nouveau questionnaire propre à relever les différentes croyances personnelles de la population ciblée. Nous avons donc développé un questionnaire permettant de mesurer les quatre variables découlant de la théorie d'Ajzen (1985) soit l'intention (I), l'attitude envers le comportement (Aact), la norme subjective (NS) et la perception de contrôle comportemental (PBC). Le questionnaire a été développé en trois étapes. D'abord, une étude préliminaire a été effectuée. Ensuite, nous avons procédé à l'élaboration et à la validation du questionnaire final et enfin, nous avons effectué des analyses statistiques afin d'assurer la fidélité du questionnaire.

Étude préliminaire

Un questionnaire préliminaire a été distribué à douze infirmières travaillant dans un contexte de soins intensifs avec des patients ventilés mécaniquement. Ces 12 infirmières ne faisaient pas partie de l'échantillon principal de l'étude. Le but de ce questionnaire était d'identifier, auprès d'une population comparable à celle qui est étudiée, certaines croyances indispensables à l'élaboration du questionnaire final. Le

questionnaire préliminaire (Appendice A) a été élaboré afin de répondre aux trois objectifs déterminés par Godin & Kok (1996) soit premièrement d'identifier les avantages et les désavantages de l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement, deuxièmement d'identifier les personnes ou les groupes de personnes ayant le plus d'importance pour les infirmières pouvant approuver ou désapprouver l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement et troisièmement d'identifier les facteurs facilitant ou nuisant à l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. Rappelons ici que le mode de présentation du questionnaire préliminaire exige une réponse ouverte, ce qui permet aux infirmières concernées d'émettre librement leurs opinions.

Élaboration et validation du questionnaire final

L'analyse du contenu des réponses obtenues au questionnaire préliminaire a été effectuée par l'instigatrice de l'étude et validée par deux experts. Ces personnes possédaient une expertise du modèle théorique utilisé. Selon les recommandations de Ajzen & Fishbein (1980), ces deux experts ont procédé à un regroupement des réponses obtenues afin d'en arriver à un commun accord sur le classement des croyances. Les croyances les plus souvent notées ont été retenues et incluses dans la première version du questionnaire. La version initiale du questionnaire a été soumise à deux autres experts en soins critiques afin de mesurer la validité de son contenu. Ces experts, par leur

expérience et leur connaissance du milieu, devaient évaluer jusqu'à quel point le questionnaire était valide et pertinent pour mesurer les différentes variables reliées à l'utilisation des contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. Chacune des questions devait être évaluée. Une échelle de mesure totalisant quatre points a été fournie aux experts afin de les guider dans cette démarche. Un résultat d'un point était associé à une question non pertinente, un résultat de deux points à une question peu pertinente, un résultat de trois points à une question assez pertinente et finalement un résultat de quatre points à une question pertinente. Un index de validité a été établi par l'instigatrice de l'étude selon la règle de calcul suivante : le nombre d'énoncés obtenant un pointage de trois et quatre, divisé par le nombre total d'énoncés. Un index de validité de 0,91 en est ainsi résulté. Spécifions ici qu'un index de validité acceptable doit être supérieur à 0,80 (Godin & Gagné, 1999). Finalement, le questionnaire a été soumis à deux autres experts familiers avec le modèle théorique utilisé. Ceux-ci devaient évaluer la validité de construit du questionnaire en mesurant sa capacité à bien évaluer de manière théorique les concepts en cause. Certaines modifications ont été apportées à la suite des recommandations de ces quatre experts quant à la formulation des questions.

Fidélité du questionnaire

La fidélité temporelle de la dernière version du questionnaire a été mesurée à l'aide d'une étude de fiabilité visant à obtenir un degré de concordance entre deux mesures

prélevées à deux moments différents (test-retest). Le questionnaire a été distribué à 22 infirmières travaillant dans différents soins intensifs du Québec et ne faisant pas partie de l'échantillon étudié. Ce même questionnaire a été distribué à nouveau aux mêmes infirmières, deux semaines plus tard, dans le but de vérifier la constance des réponses obtenues lors de la prise répétée de mesures au moyen du questionnaire. L'analyse des données de ces deux questionnaires a permis de calculer le coefficient de corrélation intra-classe. Les coefficients de stabilité varient entre 0,7 et 0,9 ce qui est jugé comme des valeurs acceptables de fidélité acceptables pour des instruments de mesure (Fortin et al., 2006).

La consistance interne est définie comme l'homogénéité entre les énoncés individuels constituant l'instrument de mesure (Fortin et al., 2006). Ce degré de consistance interne est mesuré à l'aide du coefficient alpha de Cronbach lequel détermine jusqu'à quel point chacun des énoncés de l'échelle mesure un concept de la même façon que les autres. La valeur variant de 0,00 à 1,00, une position élevée indique donc une grande consistance interne. Les coefficients obtenus pour le questionnaire varient de 0,85 à 0,98 ce qui démontre une bonne homogénéité entre les énoncés mesurant la même variable.

En ce qui a trait au contrôle des variables étrangères, Ajzen (1985) affirme que tous les autres facteurs pouvant influencer un comportement ne le font que de manière indirecte, étant alors considérés comme des variables externes (variables

sociodémographiques, traits de personnalité, etc.). Selon Ajzen & Fishbein (1980), ces variables n'affectent pas directement la valeur prédictive de cette théorie, du fait que l'influence de ces variables est filtrée au travers des croyances et d'autres éléments du modèle. Signalons ici que le questionnaire final comprend une section sur les variables sociodémographiques.

Contenu du questionnaire

Le questionnaire proposé comporte 23 questions et s'intitule : Étude des déterminants de l'intention des infirmières des soins intensifs à l'égard de l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. Les questions relatives à l'évaluation indirecte de l'attitude (Aact), de la norme subjective (NS) et de la perception du contrôle comportemental (PBC) sont composées de plusieurs sous-questions. Le questionnaire final se retrouve à l'appendice B. Rappelons toutefois que chacune des variables (Aact, NS, PBC) possède une mesure directe qui lui est propre. En d'autres termes, les trois variables susmentionnées, que l'on qualifie de déterminants directs de l'intention, ne donnent qu'une idée générale des facteurs qui influencent un comportement donné. En effet, ces trois déterminants sont formés à partir de trois types de croyances, lesquels peuvent être qualifiés de déterminants indirects de l'intention. Ainsi, les croyances comportementales déterminent l'attitude envers le comportement.

Quant à elles, les croyances normatives ainsi que les croyances de contrôle déterminent respectivement la norme subjective et la perception du contrôle sur le comportement.

Les échelles utilisées dans le cadre du questionnaire sont des échelles nominales de type Likert. Ajzen (1985) recommande fortement l'utilisation de ce type d'échelles afin de bien jauger les différentes variables de la théorie du comportement planifié. Ces échelles bipolaires sont constituées d'énoncés favorables et défavorables envers le comportement étudié. Les répondants doivent alors sélectionner l'option de réponse traduisant le mieux leur degré d'accord ou de désaccord avec l'item étudié. L'option traduisant le plus haut niveau d'accord avec un énoncé favorable recevra donc la valeur d'échelle la plus élevée. Le résultat final de chacune des participantes correspondra donc à la somme des résultats obtenus pour chacun des items.

Afin de cerner le comportement étudié, il importe de bien circonscrire les quatre éléments de la définition du comportement à l'étude. Chacune des questions se doit d'être compatible avec quatre éléments précis liés au comportement soit la cible, l'action, le contexte et le temps. Cette précaution est nécessaire pour assurer une certaine concordance entre l'intention et le comportement (Ajzen & Fishbein, 1980). De plus, afin de clarifier le type de contentions physiques à l'étude, une définition précise du terme est proposée aux participantes au début du questionnaire. La figure 4 à la page suivante présente une illustration schématique inspirée de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985) ainsi que les questions correspondantes.

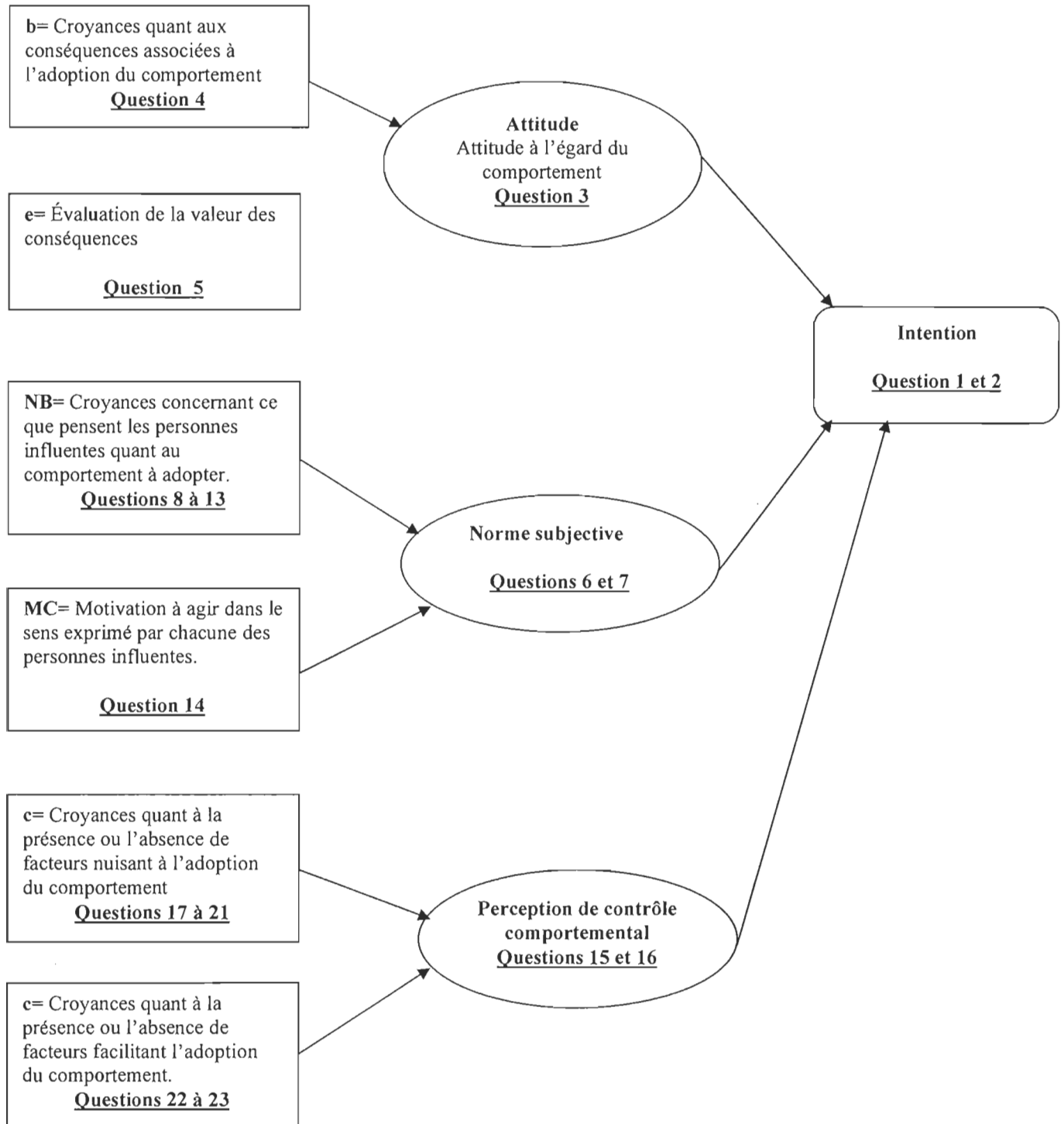


Figure 4. Illustration schématique inspirée de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985) et questions correspondantes au niveau du questionnaire.

Mesure de l'intention (I)

Afin de mesurer l'intention, deux questions sont proposées dans le questionnaire. La première question est la suivante : au cours de mon prochain quart de travail, j'évalue que mes probabilités d'utiliser des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement sont de : extrêmement faibles (1) à extrêmement bonnes (7). La deuxième question se lit comme suit : Au cours de mon prochain quart de travail, j'utiliserai des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement de : totalement en désaccord (1) à totalement en accord (7). La mesure de l'intention a donc été formée à partir de la moyenne des réponses aux deux questions, ce qui a produit un score potentiel de 1 à 7. Un coefficient de corrélation de Pearson de 0,59 ($p < 0,01$) a été obtenu entre ces deux mesures.

Mesure de l'attitude (Aact)

La mesure directe de l'attitude envers le comportement est évaluée par la question suivante : selon vous, utiliser des contentions physiques chez un patient ventilé mécaniquement lors de votre prochain quart de travail serait... Six adjectifs et leurs opposés ont été proposés comme réponses soit : très désavantageux (1) à très avantageux (7), très inutile (1) à très utile (7), très imprudent (1) à très prudent (7), très inquiétant (1)

à très rassurant (7), très dévalorisant (1) à très valorisant (7), très irrespectueux (1) à très respectueux (7). Le score d'attitude a été obtenu en faisant la moyenne des réponses aux six items, ce qui a produit un score potentiel de 1 à 7. Le coefficient alpha de Cronbach indique une valeur de 0,97.

La mesure indirecte de l'attitude envers le comportement se fait à l'aide des croyances comportementales, liées aux conséquences associées au comportement **(b)** et de l'évaluation de la valeur de ces conséquences **(e)**. Au total, huit croyances comportementales ont été retenues comme suite au résultat de l'étude préliminaire. Ces croyances sont validées dans le questionnaire par la question suivante : Si j'utilisais des contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement lors de mon prochain quart de travail cela : préviendrait les extubations, assurerait la sécurité du patient, représenterait une économie de temps, assurerait une bonne adhérence du patient aux traitements, causerait des effets néfastes d'ordre physique chez le patient, causerait des effets néfastes d'ordre psychologique chez le patient, augmenterait le risque de delirium et d'agitation, brimerait la liberté de mouvement du patient. Pour chacune de ces croyances, il était demandé aux participants de donner leur opinion sur une échelle allant de très en désaccord (1) à très en accord (7) sur le fait que ces conséquences pourraient survenir à la suite de l'utilisation de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. Afin d'évaluer la valeur de chacune des croyances comportementales **(e)**, donc de chacune des conséquences identifiées plus haut, les participantes devaient répondre à la question suivante : personnellement, quelle est la valeur que vous accorderiez aux justifications et aux conséquences suivantes, pour vous guider dans

votre choix, si vous utilisiez des contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement lors de votre prochain quart de travail. Une échelle allant de très élevée (1) à très faible (7) est associée à cette question. Cette échelle a été inversée lors des analyses statistiques dans le but de faciliter l'interprétation des résultats. La mesure indirecte de l'attitude est obtenue en effectuant la sommation de la force de chacune des croyances comportementales (**b**), multipliée par l'évaluation de la valeur accordée à chacune de ces croyances (**e**).

$$A_{act} = \sum b . e$$

Mesure de la norme subjective (NS)

La mesure directe de la norme subjective permet d'évaluer à quel point des personnes significatives pour les participants approuveraient ou désapprouveraient le fait d'utiliser des contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. La norme subjective est évaluée de manière directe par deux questions. La première question est : Si j'utilisais des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail, les personnes de mon entourage : de désapprouveraient fortement (1) à approuveraient fortement (7). La seconde question est : la plupart des personnes de mon entourage me recommanderaient d'utiliser des contentions physiques

auprès d'un patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail : de très improbable (1) à très probable (7). La mesure directe de la norme subjective peut donc varier de 1 à 7 et sera obtenue en effectuant la moyenne des réponses à ces deux questions. Un coefficient de corrélation de Pearson de 0,64 ($p < 0,01$) a été obtenu entre ces deux mesures.

La mesure indirecte de la norme subjective est obtenue à l'aide des croyances normatives. Celles-ci découlent des croyances concernant ce que pensent les personnes influentes quant au comportement à adopter (**NB**) et la motivation des participants à agir dans le sens exprimé par chacune de ces personnes influentes (**MC**). Afin de mesurer la force des croyances normatives (**NB**), une liste de personnes significatives pour les participants, qui désapprouveraient ou approuveraient le fait d'utiliser des contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement, est incluse au questionnaire. Ces personnes sont les infirmières, les médecins traitants, les anesthésistes, les inhalothérapeutes, la famille de l'utilisateur et les supérieurs hiérarchiques. Une échelle allant de : désapprouveraient fortement (1) à approuveraient fortement (7) est associée à cette question. Ensuite, afin de mesurer la motivation à agir dans le sens exprimé par chacune des personnes citées précédemment (**MC**), nous avons demandé aux participantes d'évaluer jusqu'à quel point elles seraient influencées par l'opinion de ces personnes. La question ayant permis d'évaluer cette variable est : concernant l'utilisation de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement, lors de votre

prochain quart de travail, serez-vous influencé (e) par l'opinion des personnes suivantes de: très influencé (e) (1) à pas du tout influencé (e) (7). Cette échelle a été inversée lors des analyses statistiques dans le but de faciliter l'interprétation des résultats. La mesure indirecte de la norme subjective est obtenue en faisant la sommation de la force de chacune des croyances normatives (**NB**), pondérée par la motivation à agir dans le sens exprimé par chacune des personnes influentes (**MC**).

$$SN = \sum NB . MC$$

Mesure de la perception de contrôle (PBC)

La mesure directe de la perception de contrôle sur le comportement réfère en quelque sorte aux ressources dont dispose l'individu en cause dans le contexte de la réalisation du comportement. Elle est évaluée directement par les deux questions suivantes. La première question est : la décision d'utiliser des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement découle de mon propre jugement clinique : de totalement en désaccord (1) à totalement en accord (7). La seconde question est : jusqu'à quel point croyez-vous exercer un contrôle sur le fait d'utiliser des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement lors de votre prochain quart de travail : de très incontrôlable (1) à très contrôlable (7). La mesure directe de la norme

subjective pouvant donc varier de 1 à 7 sera obtenue en effectuant la moyenne au niveau de ces deux questions. Un coefficient de corrélation de Pearson de 0,64 ($p < 0,01$) a été obtenu entre ces deux mesures.

La mesure indirecte de la perception de contrôle est liée aux croyances personnelles quant à la présence ou à l'absence de facteurs pouvant nuire à l'adoption du comportement **(c)**. Rappelons ici que le questionnaire préliminaire nous a permis d'identifier, au sein d'une population comparable à l'échantillon étudié, les différents facteurs facilitant ou nuisant à l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. Pour chacun des facteurs identifiés, les sujets devaient répondre à l'évaluation qu'ils font de la probabilité que ces facteurs facilitent ou nuisent au comportement étudié. La mesure indirecte de la perception de contrôle est donc évaluée par les sept questions suivantes à l'aide d'une échelle allant : de très improbable (1) à très probable (7). La première question est : si mon patient ventilé mécaniquement était calme lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques. La deuxième question est : si mon patient ventilé mécaniquement coopérait bien aux soins lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques. La troisième question est : si mon patient ventilé mécaniquement était inconscient lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques. La quatrième question est : si la famille de mon patient ventilé mécaniquement était présente dans la chambre lors de mon prochain quart

de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques. La cinquième question est : si une surveillance visuelle constante pouvait être effectuée auprès de mon patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques. La sixième question est : si je disposais de peu de temps pour mon patient ventilé mécaniquement dû à une surcharge de travail lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques. Enfin, la septième question est : si mon patient ventilé mécaniquement était agité ou confus lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques. La mesure indirecte de la perception de contrôle comportemental est donc obtenue en effectuant la sommation de la valeur des facteurs facilitants et des facteurs pouvant nuire à l'utilisation de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement.

$$PBC = \sum c$$

Méthodes d'analyse des données

La première partie de l'analyse des données comporte des statistiques descriptives visant à décrire les caractéristiques de l'échantillon et à faire état des valeurs obtenues par la mesure des différentes variables étudiées. Nous utiliserons donc des mesures de tendance centrale, soit les moyennes et des mesures de dispersion, soit les

écarts-types. Par la suite, nous présenterons l'effet de certaines données sociodémographiques sur les variables étudiées. Finalement, une analyse de régression multiple permettra de vérifier le modèle théorique, c'est-à-dire d'établir les relations entre les différentes variables étudiées.

Considérations éthiques

Dans un premier temps, une demande a été acheminée le 5 avril 2010 au comité d'éthique du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières dans le but d'obtenir la certification nécessaire au sein du centre hospitalier étudié. Une approbation du comité a été votée à l'unanimité le 15 avril 2010 et un certificat portant le numéro CÉR-2010-009-00 a été délivré. Dans un deuxième temps, une demande de certification a été acheminée le 9 avril 2010 au comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières dans le but d'obtenir un certificat d'éthique issu de l'établissement universitaire où étudie l'investigatrice. Un certificat portant le numéro CÉR-10-156-06.06 a été émis le 7 mai 2010. Un formulaire d'information et de consentement pour les participantes, relié au projet de recherche proposé, a été annexé à chacune de ces demandes. La lettre d'information présentée en appendice D décrivait spécifiquement les objectifs du projet de recherche, la tâche des participants intéressés, les risques, bénéfices et inconvénients reliés à leur participation, la confidentialité, le respect de la participation volontaire et différentes informations relatives aux responsables de la recherche. Le formulaire de

consentement que vous trouverez en appendice D, devant être complété par chacun (e) des participants (es) intéressés (es) rappelait aussi l'engagement de la chercheuse à procéder à l'étude conformément à toutes les normes éthiques. Il est à noter que le consentement de la participante affirmant avoir lu et bien compris la lettre d'information était annexé.

Limites et forces de la recherche

Une des limites de ce projet de recherche tient au fait que les résultats obtenus sont spécifiquement le reflet de la pratique de soins des unités étudiées en matière de contentions physiques. Ils seront difficilement transférables à l'ensemble des unités de soins intensifs du Québec. En effet, un échantillon multicentrique et comprenant une variété d'unités de soins intensifs aurait certainement permis de généraliser les résultats à l'ensemble de la pratique infirmière et en aurait augmenté la validité externe. Cependant, considérant que la problématique à l'origine de cette étude concerne essentiellement les milieux de soins où l'utilisation des contentions est systématique, cette limite est relative. Une limite de désirabilité sociale peut aussi venir teinter cette étude, du fait que les participants (es) peuvent être incités (es) à inscrire les réponses souhaitées par l'instigatrice de l'étude.

Pour ce qui est des retombées, spécifions que cette étude est la première au Canada à notre connaissance à s'intéresser à l'intention des infirmières des soins intensifs lorsqu'elle est reliée à l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. Notons enfin que ce comportement persiste encore dans certaines unités de soins intensifs au Québec et cela, malgré les évidences de la littérature et la présence de lignes directrices allant à contresens. Il est raisonnable de penser que les résultats de cette étude seront utiles pour la pratique infirmière en milieu critique. Des programmes de formation et des algorithmes décisionnels visant à soutenir les infirmières des soins intensifs dans leur pratique de soins quotidienne pourraient être développés en se basant sur les résultats obtenus. Nous développerons davantage sur les limites et les retombées pour la pratique et la recherche au niveau de la dernière partie du chapitre de la discussion.

Présentation des résultats

La présentation des résultats s'effectuera en quatre temps. Dans un premier temps, nous dresserons un portrait détaillé de l'échantillon étudié. Ensuite, nous présenterons les analyses statistiques descriptives visant à décrire chacune des variables étudiées. Nous mettrons en lumière, dans un troisième temps, l'effet des variables sociodémographiques sur les différentes variables étudiées. Finalement, une analyse de régression multiple sera employée laquelle permettra de vérifier la théorie du comportement planifiée dans le contexte de l'utilisation des contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement.

Portrait de l'échantillon

L'échantillon est constitué de 63 sujets au total. Il s'agit de 9 infirmiers et de 54 infirmières du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières travaillant dans deux unités de soins critiques. De ce nombre, 43 travaillent à l'unité de soins intensifs médicaux et chirurgicaux et 20 à l'unité coronarienne. Le tableau 3 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. L'échantillon est composé principalement de femmes (85,7 %). La majorité des infirmières ou infirmiers interrogés détiennent un diplôme d'études collégiales (58,7 %) et possèdent moins de 10 années d'expérience en soins intensifs (52,5 %).

Tableau 3

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Variables	n = 63	%
Genre		
Féminin	54	85,7
Masculin	9	14,3
Scolarité		
Diplôme d'études collégiales	37	58,7
Diplôme universitaire de premier cycle	24	38,1
Diplôme universitaire de deuxième cycle	2	3,2
Années d'expérience		
0 à 5 ans	18	28,6
5 à 10 ans	22	34,9
10 à 15 ans	12	19,0
15 à 20 ans	8	12,7
20 à 25 ans	1	1,6
25 ans et plus	2	3,2

Résultats descriptifs des données recueillies

Le but premier des analyses descriptives qui seront présentées est de décrire les différentes variables étudiées. Nous ferons état dans un premier temps de chacune des variables du modèle théorique utilisé soit l'intention (I), l'attitude (Aact), la norme subjective (NS) et la perception de contrôle comportemental (PCB).

L'intention (I)

Afin de mesurer l'intention, deux questions étaient proposées dans le questionnaire. La moyenne obtenue pour la première question est de $6,27 \pm 1,14$. La moyenne obtenue pour la deuxième question est de $6,40 \pm 0,89$. La moyenne globale de la mesure de l'intention est donc de $6,33 \pm 0,91$, ce qui illustre bien une intention positive des infirmières d'utiliser des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement lors de leur prochain quart de travail. En effet, elles évaluent leurs chances d'utiliser des contentions physiques comme étant très bonnes ($6,27 \pm 1,14$) et elles sont fortement en accord ($6,40 \pm 0,89$) avec le fait qu'elles utiliseront des contentions physiques lors de leur prochain quart de travail. Les résultats de la mesure directe de l'intention sont présentés au tableau 4.

Tableau 4

Mesure directe de l'intention (I)

n = 63	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Probabilité d'utilisation	2,00	7,00	6,27	1,14
Accord avec l'utilisation	1,00	7,00	6,40	0,89
Total	1,50	7,00	6,33	0,91

L'attitude (Aact)

La **mesure directe** de l'attitude envers le comportement était évaluée par une question ayant une série de six adjectifs et leurs opposés. Les résultats obtenus pour chacun des objectifs sont présentés au tableau 5. Les résultats de la mesure directe de l'attitude (moyenne) varient de $3,81 \pm 1,13$ à $6,52 \pm 0,71$ selon les différents adjectifs associés à la question. La moyenne totale de la mesure directe de l'attitude est donc de $5,51 \pm 0,67$, ce qui illustre bien une attitude positive des infirmières reliée à l'utilisation de contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement. Spécifions ici par ordre décroissant que les infirmières considèrent les contentions comme étant une intervention prudente ($6,52 \pm 0,71$), utile ($6,25 \pm 0,90$), avantageuse ($6,17 \pm 0,98$), rassurante ($6,17 \pm 0,94$), respectueuse ($4,14 \pm 1,25$) et valorisante ($3,81 \pm 1,13$).

Tableau 5

Mesure directe de l'attitude (Aact)

n= 63	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart- type
Avantageux	2,00	7,00	6,17	0,98
Utile	2,00	7,00	6,25	0,90
Prudent	4,00	7,00	6,52	0,71
Rassurant	4,00	7,00	6,17	0,94
Valorisant	1,00	7,00	3,81	1,13
Respectueux	2,00	7,00	4,14	1,25
Total	3,50	7,00	5,51	0,67

La **mesure indirecte** de l'attitude envers le comportement se fait à l'aide des croyances comportementales liées aux conséquences associées au comportement **(b)** et de l'évaluation de la valeur de ces conséquences **(e)**. Les croyances comportementales sont validées dans le questionnaire par une question qui permettait d'identifier les différentes croyances associées aux conséquences de l'utilisation de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Les résultats obtenus au niveau de chacune de ces croyances sont indiqués au tableau 6. Les moyennes de la mesure indirecte de l'attitude en ce qui concerne les croyances quant aux conséquences associées à l'adoption du comportement **(b)** varient de $3,17 \pm 1,41$ à $6,66 \pm 0,57$. La

moyenne totale de la mesure indirecte de l'attitude (b) est donc de $4,96 \pm 0,60$. Les moyennes les plus élevées associées aux conséquences de l'utilisation de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement sont les suivantes : préviendrait les extubations ($6,66 \pm 0,57$), assurerait la sécurité du patient ($6,17 \pm 1,21$), brimerait la liberté de mouvement du patient ($5,98 \pm 1,26$), assurerait une bonne adhérence du patient aux traitements ($4,98 \pm 1,74$), représenterait une économie de temps ($4,65 \pm 1,98$). À l'inverse, les moyennes les plus faibles sont les suivantes : causerait des effets néfastes d'ordre physique chez le patient ($3,17 \pm 1,41$), causerait des effets néfastes d'ordre psychologique chez le patient ($3,90 \pm 1,71$), augmenterait le risque de délirium et d'agitation ($4,17 \pm 1,83$).

Afin d'évaluer la valeur de chacune des croyances comportementales (e), donc de chacune des conséquences identifiées ci-dessus, les infirmières devaient évaluer la valeur de ces conséquences au niveau de leur choix d'utiliser ou non des contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Les moyennes de la valeur des conséquences associées à l'utilisation de contentions physiques varient de $4,13 \pm 1,80$ à $6,62 \pm 0,89$. La moyenne totale de la valeur des conséquences est donc de $5,26 \pm 0,95$. Les résultats obtenus au niveau de la valeur pour chacune des croyances sont indiqués au tableau 7. Les croyances auxquelles les infirmières accordent le plus d'importance sont par ordre décroissant : la prévention des extubations ($6,62 \pm 0,89$), le fait d'assurer la sécurité du patient ($6,30 \pm 0,99$), la diminution de la liberté du patient ($5,47 \pm$

Tableau 6

Croyances liées aux conséquences associées à l'adoption du comportement (b)

Croyances comportementales	n = 63	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Prévient les extubations		5,00	7,00	6,66	0,57
Assure la sécurité		2,00	7,00	6,17	1,21
Économie de temps		1,00	7,00	4,65	1,98
Bonne adhérence		1,00	7,00	4,98	1,74
Effets néfastes physiques		1,00	6,00	3,17	1,41
Effets néfastes psychologiques		1,00	7,00	3,90	1,71
Augmentation du délirium et de l'agitation		1,00	7,00	4,17	1,83
Diminution de la liberté de mouvement		1,00	7,00	5,98	1,26
Total		3,38	6,50	4,96	0,60

1,46), l'adhérence aux traitements de la part du patient ($5,09 \pm 1,81$), les effets néfastes d'ordre psychologique chez le patient ($5,02 \pm 1,58$), l'augmentation du risque de délirium et d'agitation ($4,87 \pm 1,65$), les effets néfastes d'ordre physique chez le patient ($4,60 \pm 1,72$) et l'économie de temps auprès du patient ($4,13 \pm 1,80$).

La Norme subjective (NS)

La **mesure directe** de la norme subjective reflétant le degré d'accord de l'ensemble des personnes significatives pour l'infirmière concernant l'utilisation de contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement était évaluée par 2 questions. Les valeurs reflétant le degré d'accord des personnes significatives sont présentées au niveau du tableau 8. Les moyennes obtenues pour ces deux questions sont respectivement de $6,28 \pm 1,29$ et de $6,54 \pm 0,96$. La moyenne totale de la mesure directe de norme subjective est donc de $6,41 \pm 1,02$. Ce résultat illustre bien la perception qu'ont les sujets d'un bon degré d'accord des personnes significatives au plan professionnel à l'égard de l'utilisation de contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement.

Tableau 7

Évaluation de la valeur des conséquences (e)

Croyances comportementales	n = 63	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart-type
Prévient les extubations		1,00	7,00	6,62	0,89
Assure la sécurité		1,00	5,00	6,30	0,99
Économie de temps		1,00	7,00	4,13	1,80
Bonne adhérence		1,00	7,00	5,09	1,81
Effets néfastes physiques		1,00	7,00	4,60	1,72
Effets néfastes psychologiques		1,00	7,00	5,02	1,58
Augmentation du délirium et de l'agitation		1,00	7,00	4,87	1,65
Diminution de la liberté de mouvement		1,00	7,00	5,47	1,46
Total		1,00	6,75	5,26	0,95

Tableau 8

Mesure directe de la norme subjective (NS)

	n = 63	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart- type
Approbation de l'entourage		1,00	7,00	6,28	1,29
Recommandations de l'entourage		3,00	7,00	6,54	0,96
Total		2,00	7,00	6,41	1,02

La **mesure indirecte** de la norme subjective est obtenue à l'aide des croyances normatives découlant des croyances concernant ce que pensent les personnes influentes quant au comportement à adopter (**NB**) et la motivation des participants à agir dans le sens exprimé par chacune de ces personnes influentes (**MC**). Ces croyances sont identifiées dans le questionnaire à l'aide d'une liste de personnes significatives au plan professionnel pour l'infirmière qui désapprouveraient ou approuveraient le fait d'utiliser des contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. Les résultats de la mesure indirecte de la norme subjective découlant des croyances concernant ce que pensent les personnes influentes quant au comportement à adopter (**NB**) varient de 4,62

$\pm 1,45$ à $6,90 \pm 0,35$. Les résultats obtenus au niveau des différentes croyances sont présentés au tableau 9. La moyenne totale de la mesure indirecte de la norme subjective (NB) est donc de $6,44 \pm 0,47$, ce qui illustre bien que les sujets perçoivent que la majorité des personnes significatives au plan professionnel pour l'infirmière approuverait qu'elle utilise des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement lors de son prochain quart de travail. Les infirmières estiment que les inhalothérapeutes sont les personnes qui approuveraient le plus fortement l'utilisation de contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement ($6,90 \pm 0,35$), suivies des anesthésistes ($6,87 \pm 0,55$), des infirmières ($6,84 \pm 0,48$), des médecins traitants ($6,75 \pm 0,62$), des supérieurs hiérarchiques ($6,63 \pm 0,68$) et finalement de la famille de l'utilisateur ($4,62 \pm 1,45$).

La motivation de l'infirmière à agir dans le sens exprimé par chacune des personnes citées précédemment est évaluée par une question. Les moyennes de la mesure indirecte de la norme subjective découlant de la motivation de l'infirmière à agir dans le sens exprimé par chacune des personnes influentes au plan professionnel (MC) varient de $3,33 \pm 1,78$ à $5,79 \pm 1,81$. Les résultats obtenus au niveau de la motivation des infirmières à agir dans le sens exprimé par les personnes significatives sont présentés au tableau 10. La moyenne totale de la mesure indirecte de la norme subjective (MC) est donc de $4,90 \pm 1,49$. Les infirmières accordent le plus d'importance à l'opinion des

Tableau 9

Perception de l'approbation des personnes significatives quant à l'utilisation de contentions physiques (NB)

Personnes significatives	N = 63	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart- type
Infirmières		4,00	7,00	6,84	0,48
Médecins		4,00	7,00	6,75	0,62
Anesthésistes		4,00	7,00	6,87	0,55
Inhalothérapeutes		5,00	7,00	6,90	0,35
Famille		2,00	7,00	4,62	1,45
Supérieurs		4,00	7,00	6,63	0,68
Total		4,33	7,00	6,44	0,47

anesthésistes ($5,79 \pm 1,81$), suivie de celles des médecins traitants ($5,55 \pm 1,89$), des infirmières ($5,24 \pm 1,75$) et des supérieurs hiérarchiques ($5,21 \pm 1,94$). À l'opposé, les infirmières accordent le moins d'importance à l'opinion des inhalothérapeutes ($4,25 \pm 2,16$) et des membres de la famille du patient ($3,33 \pm 1,78$).

Tableau 10

*Motivation à agir dans le sens exprimé par les personnes significatives
(MC)*

Personnes significatives	N = 63	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart- type
Infirmières		1,00	7,00	5,24	1,75
Anesthésistes		1,00	7,00	5,79	1,81
Médecins		1,00	7,00	5,55	1,89
Inhalothérapeutes		1,00	7,00	4,25	2,16
Famille		1,00	7,00	3,33	1,78
Supérieurs		1,00	7,00	5,21	1,94
Total		1,00	6,83	4,90	1,49

La perception de contrôle comportemental (PBC)

La **mesure directe** de la perception de contrôle comportemental réfère aux ressources dont dispose l'infirmière dans son choix d'utiliser des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement. Elle était évaluée directement par les deux questions. La moyenne obtenue pour la première question est de $5,67 \pm 1,67$. La moyenne obtenue pour la deuxième question est de $5,60 \pm 1,58$. La moyenne totale de la mesure directe de la perception de contrôle comportemental est donc de $5,63 \pm 1,36$, ce

qui illustre bien que les infirmières perçoivent qu'il est plutôt facile d'utiliser des contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Les résultats obtenus au niveau de la mesure directe de la perception de contrôle sont présentés au tableau 11.

La **mesure indirecte** de la perception de contrôle comportemental est obtenue à l'aide des croyances quant à la présence ou à l'absence de facteurs pouvant faciliter ou nuire à l'adoption du comportement **(c)**. Pour chacun des facteurs identifiés, les infirmières devaient répondre à l'évaluation qu'elles faisaient de la probabilité que ces facteurs puissent faciliter l'utilisation de contentions physiques sur une échelle allant : de très improbable (1) à très probable (7). Les résultats au niveau des croyances personnelles sont présentés au tableau 12. Les moyennes obtenues varient de $4,30 \pm 2,10$ à $6,90 \pm 0,29$. La moyenne totale de la mesure indirecte de la perception de contrôle comportemental est donc de $5,58 \pm 0,99$. Le facteur qui semble le plus facilitant lors de l'utilisation de contentions physiques semble être le fait que le patient soit agité et/ou confus ($6,90 \pm 0,29$), suivi du peu de temps de l'infirmière associé à une surcharge de travail ($6,62 \pm 0,68$). L'état de calme du patient ($5,84 \pm 1,18$), l'inconscience de celui-ci ($5,36 \pm 1,82$), la présence de la famille au chevet du patient ($5,16 \pm 1,92$) et la bonne coopération du patient ($4,90 \pm 1,87$) ne semblent pas être des obstacles à l'utilisation de contentions physiques. En somme, aucun de ces sept facteurs ne semble nuire de

Tableau 11

Mesure directe de la perception de contrôle comportemental (PBC)

	n = 63	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart- type
Décision relevant du jugement clinique		1,00	7,00	5,67	1,67
Contrôle dans la décision		1,00	7,00	5,60	1,58
Total		1,00	7,00	5,63	1,36

manière significative à l'utilisation de contentions physiques auprès des patients ventilés mécaniquement.

Finalement, nous avons mesuré l'influence des différentes variables en termes de pourcentage sur l'intention comportementale. Considérant qu'un résultat égal ou supérieur à 5 indique une intention positive, nous pouvons affirmer que 96, 8 % des

Tableau 12

Croyances quant à la présence de facteurs facilitants (c)

Facteurs facilitants	n = 63	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart- type
Calme		2,00	7,00	5,84	1,18
Coopère bien		1,00	7,00	4,90	1,87
Inconscient		1,00	7,00	5,36	1,82
Présence Famille		1,00	7,00	5,16	1,92
Surveillance visuelle		1,00	7,00	4,30	2,10
Surcharge de travail		4,00	7,00	6,62	0,68
Agité/Confus		6,00	7,00	6,90	0,29
Total		2,71	7,00	5,58	0,99

infirmières interrogées affirment avoir l'intention d'utiliser des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement lors de leur prochain quart de travail. De plus, 88,8 % de celles-ci démontrent une attitude favorable envers le comportement

étudié. Les infirmières évaluent à 90,5 % le degré d'accord des personnes significatives au plan professionnel en lien avec l'utilisation de contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement. Les infirmières évaluent à 77,7 % leur perception de contrôle concernant la décision reliée à l'utilisation de contentions physiques

Effets des données sociodémographiques sur les différentes variables

Nous avons procédé à l'analyse de l'influence que pouvaient avoir certains facteurs sociodémographiques sur l'intention des infirmières des soins intensifs dans l'application de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Le genre, le nombre d'années d'expérience et le niveau de formation ont été mesurés à l'aide de quelques questions en dernière partie du questionnaire. Les résultats obtenus doivent être interprétés avec une très grande prudence puisque les groupes comparés ne possèdent pas la même taille d'échantillon et que nous n'avons pas obtenu d'évidences statistiques que ces variables sociodémographiques varient au niveau de chacun de ces groupes. Une analyse de variance (ANOVA) a été utilisée afin de comparer les différentes moyennes. Les tableaux 14, 15 et 16 illustrent les résultats obtenus au niveau de chacune des variables étudiées. Nous observons une certaine diminution des moyennes obtenues au niveau de l'intention, de l'attitude et de la norme subjective avec l'augmentation du nombre d'années d'expérience. À l'inverse, nous observons une

Tableau 14

Comparaisons des variables selon le genre

	Genre		f	p
	(n = 63)			
	Féminin (54) X ± E.T.	Masculin (9) X ± E.T.		
Intention	6,41 ± 0,67	5,83 ± 1,75	1,24	0,30
Attitude	5,57 ± 0,65	5,12 ± 0,69	0,84	0,64
Norme subjective	6,43 ± 0,97	6,27 ± 1,34	1,33	0,26
Perception contrôle comportemental	5,74 ± 1,33	5,81 ± 1,41	1,07	0,40

certaine augmentation des moyennes au niveau de la perception de contrôle avec le cumul des années d'expérience. Nous avons aussi obtenu des moyennes plus élevées au niveau de l'intention, de l'attitude et de la norme subjective chez les infirmières ayant complété une formation collégiale. À l'inverse, nous avons obtenu des moyennes plus élevées au niveau de la perception de contrôle comportemental chez les infirmières ayant complété une formation universitaire.

Tableau 15

Comparaisons des variables selon le niveau de formation

Formation n = 63	Collégiale (37) X ± E.T.	Universitaire (26) X ± E.T.	f	p
Intention	6,41 ± 0,75	6,18 ± 1,12	0,93	0,48
Attitude	5,59 ± 0,63	5,43 ± 0,72	1,12	0,36
Norme subjective	6,37 ± 1,07	6,41 ± 0,98	0,46	0,86
Perception contrôle comportemental	5,66 ± 1,38	5,75 ± 1,17	0,97	0,47

Vérification du modèle théorique

Afin de vérifier le modèle théorique relié à la prédiction de l'intention comportementale, une analyse de régression multiple a été utilisée. Les résultats obtenus peuvent cependant être qualifiés de peu concluants lorsqu'ils sont reliés à la prédiction de l'intention comportementale. En effet, à la lumière des résultats obtenus, il a été observé que l'échantillon étudié avait des prédispositions très fortes à utiliser les

Tableau 16

Comparaisons des variables selon les années d'expérience

Expérience n = 63	0-5 ans	5-10 ans	10-15 ans	15-20 ans	20 ans et +	f	p
	(18)	(22)	(12)	(8)	(3)		
	X±E.T.	X±E.T.	X±E.T.	X±E.T.	X±E.T.		
Intention	6,44 ±0,74	6,36 ± 0,64	6,29 ±0,39	5,37 ± 1,74	7,00 ±0,00	1,29	0,28
Attitude	5,56 ± 0,67	5,54 ±0,67	5,50 ± 0,39	5,37 ±0,74	4,50 ± 1,41	1,64	0,95
Norme subjective	6,75 ± 0,73	6,27 ± 1,06	6,47 ± 1,32	6,68 ± 0,59	6,50 ± 0,70	0,63	0,73
Perception contrôle comportemental	5,61 ± 0,96	5,84 ± 1,23	6,16 ± 0,89	6,02 ± 0,56	6,75 ± 0,35	1,10	0,38

contentions physiques auprès des patients ventilés mécaniquement. En d'autres termes, très peu de variabilité a été observée entre les participants quant à leur intention d'utiliser des contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. Cela confirme en quelque sorte une utilisation importante de contentions physiques au sein des deux unités étudiées. Nous avons exploré les relations entre d'une part, l'attitude (Aact), la norme subjective (NS) et la perception de contrôle comportemental (PBC) et d'autre part, l'intention de comportement (I). Les résultats montrent que ces trois

variables n'influencent pas significativement l'intention comportementale avec un R^2 de 0,102 ($p = 0,095$). La figure 5 rapporte les résultats obtenus à l'aide de la régression multiple effectuée. Le fait que le modèle théorique n'ait pas été vérifié est probablement relié au manque de variabilité au niveau des résultats obtenus. C'est pourquoi les recommandations quant à de futures interventions tirées du modèle en question en matière de contentions doivent être interprétées avec prudence.

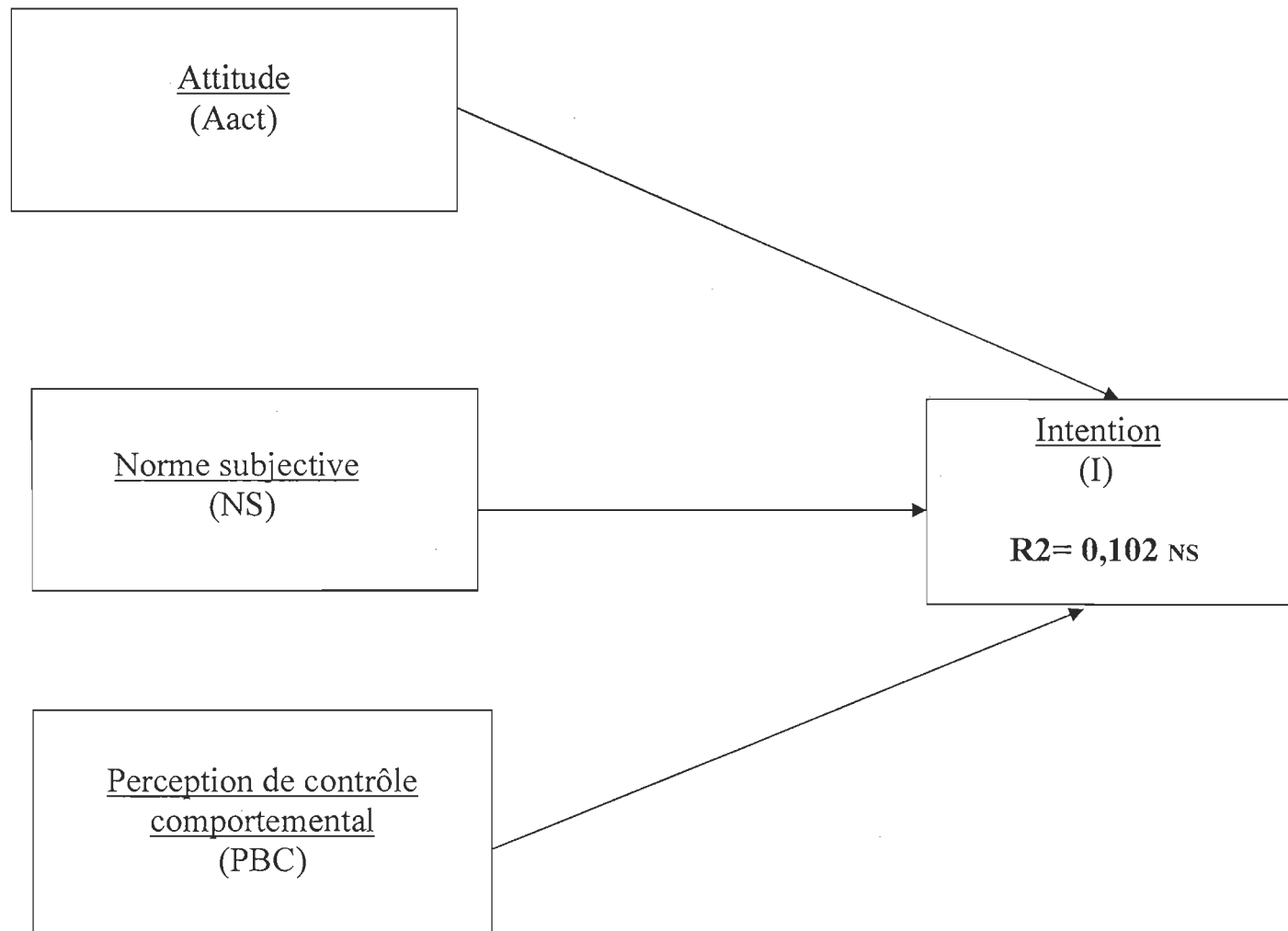


Figure 5. Vérification du modèle théorique de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985).

Discussion

Dans ce dernier chapitre, nous proposons une discussion suscitée par les résultats présentés précédemment. Afin de répondre aux questions de recherche, nous interpréterons les résultats en trois temps. En premier lieu, nous proposerons une interprétation des données descriptives issues des différentes variables étudiées. Viendra ensuite l'interprétation des données sociodémographiques et leur influence au niveau des variables étudiées. Finalement, nous interpréterons les résultats de recherche au plan des relations possibles entre les différentes variables et l'intention comportementale. Nous conclurons ce dernier chapitre en analysant les limites et les retombées de cette étude pour la recherche et la pratique infirmière.

Interprétation des données descriptives

Notre première question de recherche visait à décrire l'attitude, la norme subjective, la perception du contrôle comportemental et l'intention de comportement des infirmières des soins intensifs à l'égard de l'utilisation de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement. Les moyennes élevées obtenues via la mesure directe de l'intention suggèrent que les infirmières des unités étudiées démontrent une intention positive à l'application de contentions physiques. En effet, elles évaluent leur chance

d'utiliser des contentions physiques comme étant très bonnes et sont fortement en accord avec le fait qu'elles utiliseront des contentions physiques lors de leur prochain quart de travail. Ces résultats sont le reflet des pratiques de soins actuelles concernant l'utilisation de contentions physiques dans certaines unités de soins intensifs du Québec. En effet, l'utilisation des contentions physiques, notamment celles installées au niveau des poignets, semble systématique pour tous les patients ventilés mécaniquement dans certaines unités de soins intensifs, alors que pour d'autres cette utilisation semble dépendre du jugement clinique de chaque infirmière. À la lumière des résultats obtenus, nous pouvons en déduire que l'utilisation de contentions physiques auprès des patients ventilés mécaniquement est pratique courante au niveau des deux unités où l'étude a eu lieu.

Les résultats obtenus au niveau de la mesure directe de l'attitude décrivent sous forme d'adjectifs la manière dont les infirmières perçoivent l'utilisation de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. La moyenne totale obtenue illustre bien l'attitude positive des infirmières des unités étudiées en rapport avec l'utilisation des contentions physiques. Lors de l'interprétation des adjectifs associés à l'attitude des infirmières, nous observons que les infirmières considèrent majoritairement l'usage des contentions comme étant une intervention prudente, utile et avantageuse. Ces résultats confirment les résultats obtenus par plusieurs chercheurs soulignant que la majorité des infirmières affirme utiliser des contentions dans le but

d'assurer la sécurité du patient et de prévenir l'auto-extubation (Happ, 2000; Mion, 1996). Cette croyance reflète une conviction solidement ancrée chez le personnel soignant comme quoi les contentions fournissent l'assurance que le patient sera incapable de s'extuber (Kielb et al., 2005). Rappelons toutefois ici que selon plusieurs chercheurs, la majorité des auto-extubations seraient directement reliées à la présence de contentions (Balon, 2001; Birkett, Southerland et al., 2005 ; Chen, Chu et al. 2002; Tung, Tadimeti et al. 2001). À la lumière de ces preuves scientifiques, le caractère prudent, utile et avantageux que l'on associe aux contentions se voit quelque peu ébranlé. Le fait que les infirmières considèrent cette utilisation comme rassurante nous amène à nous questionner, à savoir si le sentiment de sécurité que les contentions procure ne serait pas davantage relié au besoin de sécurité de l'infirmière plutôt qu'à celui du patient. L'interprétation des données au niveau des croyances comportementales nous permettra de valider cette hypothèse.

Les résultats obtenus par la mesure indirecte de l'attitude dans les croyances comportementales liées aux conséquences associées au comportement **(b)** et à l'évaluation de la valeur de ces conséquences **(e)** révèlent aussi, tout comme ceux obtenus par la mesure directe de l'attitude, que le mythe voulant que les contentions physiques fournissent l'assurance que le patient sera incapable de s'extuber, est également une croyance solidement ancrée chez les infirmières. En effet, cette croyance arrive en première position lorsqu'elle est associée aux conséquences de l'utilisation de

contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. De plus, cette croyance est celle à laquelle les infirmières accordent le plus d'importance au plan de l'évaluation de la valeur des conséquences (e). Cependant, plusieurs études ont démontré l'inefficacité des contentions au niveau de la prévention des extubations (Balon, 2001; Birkett, Southerland et al., 2003; Curry, Cobb et al., 2008 ; Chang, Wang et al., 2008). Lors de la prise de décision reliée à l'utilisation de mesures de contentions, les infirmières se doivent de considérer les résultats probants reliés à l'efficacité des mesures de contentions lors d'épisode d'extubation. Les infirmières ont l'obligation d'appliquer des pratiques soignantes exemplaires; elles doivent à ce titre prendre en compte la quantité importante de résultats de recherche (Doyon, 2009). L'utilisation de contentions dans le but d'assurer la sécurité du patient arrive au deuxième rang. Cette notion de sécurité en lien avec la prévention des extubations se voit pourtant bien remise en question dans la littérature. Il semble de plus en plus évident actuellement qu'aucune preuve scientifique supporte le fait que les contentions peuvent réduire le risque d'extubation et assurent la sécurité du patient. Les recherches menées à ce sujet n'ont pu démontrer de manière significative les bénéfices reliés à cette utilisation préventive, tel qu'en conclut Reigle (1996) : << Les bénéfices reliés à l'utilisation des contentions physiques pour prévenir les extubations et diminuer les interférences aux traitements n'ont pas été clairement démontrés et découlent d'aucun fondement scientifique >> (traduction libre). De plus, la littérature et les pratiques de soins actuelles indiquent qu'une telle utilisation augmente la dépendance du patient envers les infirmières, celui-ci étant alors placé dans une position risquée où il nécessite encore plus de surveillance

(Reigle, 1996). Rappelons ici que toute mesure de contention ne devrait être jugée bienvenue que lorsque les méthodes alternatives ont échoué à la suppléer et cela, dans le but d'assurer la sécurité optimale des patients (MSSS, 2002).

En lien avec les conséquences associées à l'utilisation de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement, il est important de souligner que les deux croyances ayant obtenu le score moyen le plus bas sont les effets néfastes d'ordre physique que pourraient causer les contentions physiques, croyance suivie de près par les effets néfastes d'ordre psychologique. Ces résultats démontrent la pertinence d'élaborer des programmes de formation spécifiques et adaptés à la réalité de travail des infirmières œuvrant au niveau des soins intensifs. Tel qu'il a été déjà souligné, la littérature démontre clairement l'inefficacité des contentions lors des épisodes d'auto-extubation. Dans une perspective de changement de pratique, l'éclairage particulier que donne la littérature tend plutôt à démontrer que l'utilisation de contentions comporterait davantage de risques que de bénéfices. En effet, de nombreux effets néfastes tant sur le plan physique que psychologique sont associés à l'utilisation abusive de contentions physiques (Fletcher, 1996; Happ, 2000; Martin, 2002; MSSS, 2002; Nirmalan, Dark et al., 2004., Reigle, 1996 ; Swauger & Tomlin, 2000). L'utilisation inappropriée de contraintes physiques expose les patients à des risques inévitables de blessures physiques et psychologiques (Kapp, 1996). Les infirmières se doivent donc de

considérer ces risques lors du processus décisionnel encadrant l'utilisation des contentions physiques.

Les résultats reflétant la mesure directe de la norme subjective associée au degré d'accord de l'ensemble des personnes significatives au plan professionnel pour l'infirmière confrontée à l'utilisation de contentions physiques chez un patient ventilé mécaniquement, obtiennent pour leur part les moyennes les plus élevées au sein des quatre variables étudiées. Ils illustrent de façon marquée un très bon degré d'accord des personnes significatives pour l'infirmière en matière de contentions. Les croyances normatives évaluées via la mesure indirecte de la norme subjective par l'identification de chacune des personnes significatives au niveau professionnel pour l'infirmière (**NB**), viennent corroborer de façon probante ce constat. Les inhalothérapeutes sont les premiers exerçant le plus d'influence suivi de très près par les anesthésistes, les infirmières, les médecins traitants et les supérieurs hiérarchiques. Ces professionnels peuvent même dans certains cas suggérer fortement à l'infirmière de mettre sous contentions un patient ventilé mécaniquement. Concernant les inhalothérapeutes, il est important de spécifier ici que ces intervenants n'ont aucun droit de regard sur l'application ou sur le processus décisionnel encadrant l'utilisation de contentions physiques. Rappelons ici que cet acte est réservé aux infirmières, aux médecins, aux physiothérapeutes et aux ergothérapeutes (L.Q.2002, c.33). Pour ce qui tient de la motivation des infirmières à agir dans le sens exprimé par ces personnes (**MC**), bien que

les inhalothérapeutes occupent le premier rang au niveau de l'identification du degré d'accord des personnes significatives concernant l'utilisation de contentions physiques, ils arrivent avant dernier lors de l'évaluation du degré d'importance associé à l'opinion des personnes significatives. Nous pouvons affirmer ici qu'il existerait peut-être, au sein des professionnels identifiés comme des personnes significatives, une certaine hiérarchie basée sur le type d'emploi qu'ils occupent. En effet, les résultats démontrent que les infirmières sont fortement influencées par l'opinion des anesthésistes, des médecins traitants et des autres infirmières. Ce constat illustre probablement la réalité actuelle dans certaines unités de soins intensifs où une quelconque pression médicale serait exercée sur les infirmières, engageant leur responsabilité en cas d'extubation. À la lumière de ces résultats, nous pouvons faire un certain parallèle avec l'étude de Happ (2000) qui a identifié le même phénomène. Au moment de la prise de décision des mesures de contrôle, une majorité d'infirmières préfère utiliser les contentions par crainte de représailles du corps médical ou de collègues de travail, pour les cas où leurs patients seraient réputés susceptibles de s'extuber. Owens (2000) affirme aussi que les infirmières utilisent systématiquement les mesures de contrôle par crainte de susciter un certain litige; elles seraient en quelque sorte exposées à être tenues responsables des comportements d'un patient qui met en péril sa propre vie. La pression de la part du corps médical n'est pas la seule à devoir être identifiée. En effet, les résultats démontrent que les autres collègues infirmières sont associées aux personnes significatives influencent les infirmières des soins intensifs au niveau de son processus décisionnel. L'utilisation systématique de contentions physiques auprès des patients ventilés

mécaniquement est une pratique de soins qui perdure depuis plusieurs années; c'est une tradition solidement ancrée dans plusieurs équipes de travail et auprès du corps médical.

Finalement, nous ne pouvons pas passer sous le silence l'impact plutôt limité de la famille de l'utilisateur à titre de personnes significatives pouvant approuver l'utilisation des contentions physiques. La famille de l'utilisateur arrive en toute dernière position au niveau de l'identification par les infirmières des personnes significatives pouvant approuver l'utilisation de contentions physiques. De plus, la famille obtient le degré d'importance d'opinion le plus bas pour l'infirmière. Ces résultats mettent en lumière encore aujourd'hui une triste réalité au niveau des pratiques de soins. Bien que dans certaines unités de soins intensifs, la famille soit considérée comme un allié et un expert en ce qui concerne le patient, nous observons encore aujourd'hui qu'il existe des unités de soins intensifs qui limitent le temps que les proches peuvent passer au chevet du patient. Rappelons ici que le MSSS (2002) stipule clairement l'importance de considérer la famille dans la décision d'application de mesure de contentions. L'infirmière ou l'infirmier doivent expliquer les avantages attendus d'une telle mesure, les risques et effets secondaires qui lui sont associés, les conséquences en cas de refus et les solutions alternatives à l'utilisation de cette mesure. Les familles sont appelées à donner leur consentement lors de l'application d'une telle mesure, laquelle ne doit en aucun cas leur être imposée. Il existe plusieurs méthodes alternatives citées précédemment au niveau de la recension des écrits. La présence de la famille au chevet du patient intubé constitue

une de ces mesures. Dans le cadre de cette étude, les résultats obtenus ont permis de faire ressortir une importante lacune existant au niveau de la connaissance et de l'utilisation de méthodes alternatives, bien spécifiques aux patients ventilés mécaniquement. L'utilisation inappropriée de contentions par les infirmières est nécessairement reliée à leur manque de connaissances en ce qui a trait aux méthodes alternatives et à leurs disponibilités (Leith, 1998). Ces résultats viennent démontrer à nouveau l'importance d'offrir une formation spécifique aux unités de soins intensifs comprenant des méthodes alternatives adaptées à la réalité des patients intubés.

Au niveau de la mesure directe de la perception de contrôle comportemental, référant aux ressources dont disposent les infirmières dans le processus décisionnel en lien avec l'application de contentions physiques, les résultats obtenus démontrent que majoritairement, elles ne considèrent pas l'application de contentions physiques comme étant une décision découlant de leur propre jugement clinique. Tel que proposé précédemment au niveau de la norme subjective, les infirmières devront se réapproprier le processus décisionnel lié à l'application de contentions physiques. Elles sont invitées à développer leur propre jugement clinique lors de l'évaluation de la réelle nécessité d'application de contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement. Au moment de l'évaluation des croyances personnelles portant sur la présence ou l'absence de facteurs pouvant nuire à l'application de contentions physiques chez un patient ventilé mécaniquement (mesure indirecte de la perception de contrôle comportemental), nous constatons qu'une grande majorité de facteurs peuvent être considérés comme

facilitants. Le facteur associé à l'agitation et à la confusion a obtenu le plus haut score de l'ensemble des questions évaluant les différentes variables proposées dans le questionnaire. Ces résultats démontrent le besoin d'une formation spécifique au milieu critique, pouvant sensibiliser les infirmières aux différentes méthodes alternatives à utiliser afin de prévenir et traiter l'agitation et la confusion. Ces manifestations ne doivent pas être considérées comme nécessitant une utilisation automatique et systématique de contentions physiques, et cela même si le patient est placé sous une ventilation mécanique. Ce facteur facilitant est certainement celui qui semble être le plus justifiable et de ce fait utilisé par le corps médical ou les collègues de travail. L'ensemble du corps médical et le personnel soignant des équipes de travail auraient cependant intérêt à être sensibilisés à l'utilisation des différentes méthodes alternatives, les contentions physiques ne devant pas être la seule solution à envisager en cas d'agitation et de confusion. Les contentions physiques doivent être utilisées seulement lorsque le patient est à risque élevé d'extubation et que la sédation pharmacologique ne provoque pas l'effet escompté (Nirmalan et al., 2004). Ceci est corroboré par l'étude descriptive de Yey et al. (2004) qui a démontré que 57 % des patients capables de communiquer après leur épisode d'auto-extubation ont affirmé avoir retiré eux-mêmes le tube endotrachéal parce qu'ils étaient inconfortables et souffrants. L'utilisation de contentions chimiques en remplacement de l'utilisation systématique de contentions physiques se propose aussi comme une alternative à considérer. En effet, afin de prévenir les extubations, les infirmières sont appelées à développer une meilleure façon d'utiliser les contentions physiques en évaluant fréquemment l'état clinique du patient et

son degré de sédation, du fait que l'utilisation de sédation fait partie intégrante des soins à donner aux patients intubés. L'utilisation efficace de la sédation peut diminuer l'agitation, l'anxiété et le délirium. Ainsi, la sédation doit être considérée comme une alternative aux contentions physiques (Maccioli et al., 2003).

Le deuxième facteur facilitant influençant les infirmières dans leur processus décisionnel est associé à la surcharge de travail de celles-ci. Ce résultat illustre un fait inquiétant de la réalité en soins critiques, soit celui de l'emploi des contentions physiques dont la validation repose sur la pénurie de personnel. Bien que ces dernières années aient été éprouvantes pour les infirmières œuvrant dans les unités spécialisées, où le manque de personnel qualifié est de plus en plus criant, il n'est pas justifié de tolérer qu'un patient intubé soit systématiquement attaché en réponse à un manque de surveillance. Au contraire, un patient devrait nécessiter encore plus de surveillance lorsqu'il est placé sous contentions (Reigle, 1996). Le manque de personnel ne peut pas justifier l'utilisation des contentions physiques. Parmi les stratégies efficaces propices à contrer l'utilisation systématique des contentions associée à la surcharge de travail, il convient de signaler le recours à la famille du patient ou l'aide du personnel de soutien, la localisation des patients intubés auprès du poste de garde ou l'amélioration du contact visuel entre les intervenants et les patients (Bray et al., 2004).

Notons enfin que l'état de calme du patient et l'inconscience de celui-ci obtiennent des moyennes quand même assez élevées permettant de considérer ces deux aspects comme des facteurs facilitant l'utilisation de contentions physiques auprès des patients ventilés mécaniquement. Ces résultats soulignent le caractère systématique de l'utilisation des contentions au sein des deux unités de soins. Le MSSS (2002) stipule dans le cadre de sa politique sur l'utilisation minimale de mesures de contention, que l'utilisation d'une telle mesure doit être minimale, exceptionnelle, et qu'elle doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. La notion d'évaluation prend ici toute son importance. La loi reconnaît donc la nécessité de faire confiance au jugement clinique des infirmières dans l'utilisation des mesures de contrôle, en bonifiant leur marge décisionnelle. L'utilisation systématique des contentions physiques ne devrait plus être tolérée au sein des unités de soins intensifs. Les infirmières sont invitées à reprendre leur pouvoir décisionnel en se conformant au cadre légal mais aussi en orientant leur pratique de soins sur des résultats probants. Elles doivent faire le bilan des conséquences et des risques associés à cette utilisation systématique. Bien que le MSSS (2002) ait élaboré six principes pouvant guider les infirmières au niveau de leur processus décisionnel, ces principes restent toutefois généraux. Les soins intensifs étant des milieux de soins spécialisés, où la réalité diffère de celle des autres unités, les infirmières soignantes ont besoin de guide, de lignes directrices spécifiques et bien adaptées à la réalité de leur champ d'action.

Rapportons un fait important à noter au niveau de la mesure indirecte de la perception de contrôle comportemental : aucun des facteurs identifiés ne semble être considéré de manière significative par les infirmières comme un facteur pouvant nuire à l'application de contentions physiques. Bien que l'état de calme et l'état d'inconscience du patient semblent être des facteurs facilitant l'utilisation de contentions physiques, la présence de la famille au chevet de l'utilisateur et sa bonne coopération semblent tout de même être aussi considérées comme des facteurs facilitant l'utilisation de ces contentions physiques (Bray et al., 2004). Ceci nous ramène au concept de la famille, élaboré précédemment, et au manque de connaissance des infirmières dans l'implication de la famille comme méthodes alternatives. Pourtant, un contact visuel constant peut être assuré par un membre de la famille. De plus, la présence de celui-ci peut calmer et rassurer le patient intubé. Faut-il le rappeler, les contentions sont une barrière à la communication puisqu'elles empêchent également l'utilisation de tableaux d'écriture ou de tables de communication. En somme, les résultats présentés ci-haut démontrent l'urgence et l'importance d'élaborer, de fournir des guides, des algorithmes et des programmes de formation spécifiques à la réalité des soins intensifs. Il devient dès lors souhaitable que ces programmes s'adressent à tous les professionnels de la santé travaillant au niveau de ces unités de soins spécialisées.

Effets des données sociodémographiques sur les différentes variables

Afin de circonscrire le phénomène de l'utilisation systématique des contentions physiques au sein des unités étudiées, un intérêt a été porté aux facteurs sociodémographiques pouvant influencer l'utilisation de contentions physiques. Bien que la taille de l'échantillon de chacun des sous-groupes ait été généralement insuffisante, à des fins de comparaisons, il est tout de même intéressant de tirer certaines hypothèses des résultats obtenus. C'est pourquoi les résultats obtenus incitent à penser qu'il serait pertinent de vérifier à l'aide d'un plus grand échantillon si ces facteurs sociodémographiques exercent réellement une influence sur les différentes variables.

Nous constatons, dans un premier temps par notre échantillon, que le niveau d'expérience des infirmières en soins intensifs pourrait influencer l'utilisation de contentions physiques. En effet, plus le nombre d'années d'expérience est petit, plus l'intention d'utiliser des contentions auprès de patients ventilés mécaniquement semble être forte. Une première hypothèse serait reliée au fait qu'en acquérant de l'expérience, les infirmières développent de la confiance en elles-mêmes ainsi que dans la qualité des soins qu'elles prodiguent aux patients intubés. L'attitude positive facilitant le recours aux contentions physiques semble quant à elle diminuer avec les années d'expérience. Une deuxième hypothèse pourrait être reliée au fait qu'au cours des dernières années, les infirmières ont été davantage sensibilisées aux effets néfastes de la contention et aux

principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle. Que ce soit au sein des institutions d'enseignement ou des établissements de santé, le sujet des contentions physiques est davantage abordé qu'auparavant. Pour ce qui est de la norme subjective, il est aisé de constater que l'influence de l'opinion des autres professionnels a tendance à diminuer avec le niveau d'expérience de l'infirmière. Phénomène qui pourrait être expliqué par une troisième hypothèse reliée à l'augmentation du sentiment de confiance des infirmières dans la qualité des soins dispensés aux patients intubés, mais qui pourrait également découler du recours plus fréquent au jugement clinique. Finalement, la perception de contrôle comportemental, représentée dans notre étude par la présence de facteurs pouvant faciliter l'utilisation de contentions physiques, semble augmenter avec les années d'expérience. Ceci viendrait corroborer l'hypothèse émise au niveau de l'attitude, comme quoi les infirmières sont davantage sensibilisées aux effets néfastes des contentions, mais qu'elles sont aussi mieux informées de l'utilisation des méthodes alternatives et de l'emploi judicieux d'un algorithme décisionnel pouvant les guider lors de l'utilisation de mesures de contrôle. Les facteurs « facilitants » comme l'état de calme du patient, l'inconscience de celui-ci et sa bonne coopération, sont considérés paradoxalement pour certaines infirmières plus expérimentées comme des facteurs favorisant la mise en place de contentions physiques; pour d'autres infirmières moins expérimentées, ces mêmes facteurs sont perçus comme pouvant nuire à l'utilisation de contentions physiques. Cependant, signalons que nous n'avons pas trouvé dans la littérature investiguée des études démontrant l'impact de ces différents facteurs au

niveau des variables étudiées. Il serait intéressant d'étudier ces phénomènes lors de recherches subséquentes.

Dans une deuxième étape, nous avons comparé l'utilisation de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement en rapport avec le genre. L'intention d'utiliser des contentions physiques semble plus marquée chez les infirmières que chez les infirmiers; même constat pour l'attitude et la norme subjective. Rappelons ici que les deux groupes étaient hétérogènes au niveau de leur taille et qu'il devient donc difficile d'en tirer des conclusions valables. Finalement, le niveau de formation a été évalué en lien avec l'utilisation de contentions physiques. En matière d'utilisation de contentions, les infirmières possédant une formation collégiale semblent démontrer une intention plus forte que les infirmières ayant acquis une formation universitaire. Il en va de même pour l'attitude et la norme subjective. Nous pourrions ici émettre une quatrième hypothèse que les infirmières de formation universitaire ont davantage été sensibilisées au cours de leurs études aux effets néfastes de la contention et aux principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle. En somme, les conclusions tirées au niveau de l'analyse des facteurs sociodémographiques pouvant influencer l'intention comportementale demeurent hypothétiques de par leur diversité au niveau des tailles d'échantillonnages, mais aussi de par le fait qu'elles s'appliquent spécifiquement à l'échantillon étudié. Nous indiquons ici que la littérature étudiée n'a pas démontré l'impact de ces différents facteurs au niveau des variables étudiées. Il se

dessine un intérêt évident à explorer ces phénomènes dans le cadre d'études subséquentes.

Vérification du modèle théorique

Une deuxième question de recherche avait pour but de vérifier s'il existait des relations entre d'une part l'attitude, la norme subjective, la perception de contrôle comportemental et d'autre part, l'intention comportementale. La théorie du comportement planifié (Ajzen, 1985) utilisée dans le cadre de cette étude ne s'est pas révélée significative lors de la prédiction de l'intention. Il serait donc hasardeux de suggérer des pistes d'interventions en regard des résultats qui ont été obtenus. Tel qu'il a été mentionné précédemment, le manque de variabilité au niveau de la mesure de l'intention en est probablement le principal responsable. Cette homogénéité au niveau de l'intention suggère que l'échantillon étudié avait des prédispositions très fortes à utiliser les contentions physiques auprès des patients ventilés mécaniquement.

Limites de l'étude

Une des limites importantes à retenir dans cette étude est sa validité externe. Les sujets inclus dans l'échantillon étudié présentaient des prédispositions très fortes à l'utilisation de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. De

plus, les résultats obtenus sont le reflet spécifique des deux unités de soins intensifs étudiées dans un même établissement de santé. Ils sont difficilement transférables à l'ensemble des unités de soins intensifs du Québec. Un échantillon comprenant plusieurs unités de soins intensifs provenant de différents établissements de santé aurait permis de généraliser les résultats à l'ensemble de la pratique infirmière et en aurait augmenté la validité externe. Il serait aussi pertinent à l'aide d'un plus grand échantillon de vérifier si les facteurs sociodémographiques tel que le genre, les années d'expériences et le niveau de formation exercent une influence significative sur l'intention d'utiliser des contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement.

Cependant, chaque unité de soins intensifs est unique au niveau de son environnement, de son fonctionnement et de la clientèle hospitalisée. Il est donc important de tenir compte du contexte de soins, lequel est spécifique à chacune de ces unités, lorsqu'il est questionné en rapport avec l'utilisation de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Toutefois, les différents modes de fonctionnement au niveau des centres hospitaliers ne peuvent pas se situer au-dessus de la loi et ignorer les résultats issus de la recherche scientifique en matière de contentions physiques.

Recommandations pour la recherche

Il apparaît important que les résultats de la recherche en sciences infirmières soutiennent celles-ci dans leur pratique de soins quotidienne. Plusieurs croyances ont été révélées par cette étude comme ayant beaucoup d'influence sur l'intention d'utiliser les contentions. Il conviendrait pour la pratique infirmière de refaire cette recherche dans un centre où la prédisposition à l'utilisation de contentions physiques serait moins forte. De plus, comme cette recherche a fait apparaître l'influence importante des personnes significatives professionnellement au sein du processus décisionnel, le questionnaire pourrait être adapté et adressé à l'ensemble des professionnels de santé travaillant au niveau des soins intensifs. De plus, il serait intéressant de vérifier si les caractéristiques sociodémographiques tel que le genre, les années d'expérience et le niveau de formation influencent significativement l'intention d'utiliser des contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Signalons enfin l'intérêt, mais aussi l'importance de trouver une stratégie plus efficiente pour mesurer avec précision le concept de la perception de contrôle comportemental tel que défini par Ajzen (1985), lorsque relié à l'utilisation de contentions physiques.

Recommandations pour la pratique

Les résultats de cette étude démontrent la pertinence d'élaborer des programmes de formation spécifiques aux unités de soins intensifs s'adressant non seulement aux

infirmières, mais aussi à tous les professionnels de la santé travaillant dans ces unités spécialisées. Les infirmières de leur côté doivent se réapproprier la décision d'application des contentions physiques et faire valoir leur jugement clinique, lequel a été reconnu par les dispositions de la loi 90 (L.Q.2002, c.33). Cette loi souligne la nécessité de faire confiance au jugement clinique des infirmières dans l'utilisation des mesures de contrôle, en bonifiant leur marge décisionnelle. Certes, les infirmières ont la responsabilité de faire l'évaluation des multiples conséquences physiques et psychologiques liées à l'utilisation systématique des contentions, mais elles ont aussi celle de fonder leur pratique sur des résultats probants.

Conclusion

Cette étude nous a permis de mieux comprendre l'intention des infirmières des soins intensifs à l'égard de l'utilisation des contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Les résultats obtenus ont démontré la pertinence d'élaborer des programmes de formation en matière de contentions physiques, programmes visant à modifier l'utilisation systématique de contentions physiques auprès des patients ventilés mécaniquement tout en considérant le contexte spécifique des unités de soins intensifs.

En conclusion, nous souhaitons vivement que les résultats de cette étude viennent soutenir les infirmières dans l'exercice de leur profession, en apportant un éclairage pertinent notamment dans le secteur ciblé, celui des contentions en soins intensifs. Il y a lieu également d'espérer un juste transfert des résultats probants dans leur pratique de soins quotidienne. Cette nouvelle approche en matière de contentions physiques en soins intensifs ne saurait trouver meilleure justification que dans l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins offerts aux patients intubés.

Références

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behaviour. In Kuhl, Beckman. Action-control: from cognitive to behaviour. New York : Stringer, 11-39
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall inc.
- Ball, J. (2002). Monitoring sedation in the ICU. *Care of the critically*, 18, 2.
- Balon, J. A. (2001). Common factors of spontaneous self-extubation in a critical caresetting. *Int J Trauma Nurs*, 7 (3), 93-99.
- Benbenbishty, J., Adam, S., & Endacott, R. (2010). Physical restraint use in intensive care units across Europe: the PRICE study. *Intensive Crit Care Nurs*, 26 (5), 241-245.
- Bezombes, V., & Crouzil, B. (1998). Nurses' behavior regarding responsibility: its effect on their way of treating their patients. *Rech Soins Infirm* (55), 65-78.
- Birkett, K. M., Southerland, K. A., & Leslie, G. D. (2005). Reporting unplanned extubation. *Intensive Crit Care Nurs*, 21 (2), 65-75.
- Bray, K., Hill, K., Robson, W., Leaver, G., Walker, N., O'Leary, M., et al. (2004). British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nurs Crit Care*, 9 (5), 199-212.
- Chang, L. Y., Wang, K. W., & Chao, Y. F. (2008). Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study. *Am J Crit Care*, 17 (5), 408-415; quiz 416.
- Chen, C. Z., Chu, Y. C., Lee, C. H., Chen, C. W., Chang, H. Y., & Hsiue, T. R. (2002). Factors predicting reintubation after unplanned extubation. *J Formos Med Assoc*, 101 (8), 542-546.
- Choi, E., & Song, M. (2003). Physical restraint use in a Korean ICU. *J Clin Nurs*, 12 (5), 651-659.
- Code civil du Québec. (1991). S.Q., c.64. Article 10.

- Code de déontologie des infirmières et infirmiers. (1981). R.R.Q., c. I-8, r. 9. Article 40-41
- Curry, K., Cobb, S., Kutash, M., & Diggs, C. (2008). Characteristics associated with unplanned extubations in a surgical intensive care unit. *Am J Crit Care*, 17 (1), 45-51
- Déclaration universelle des droits de l'homme. (1948). Article 3-5
- Devlin, J. W., Fong, J. J., Fraser, G. L., & Riker, R. R. (2007). Delirium assessment in the critically ill. *Intensive Care Med*, 33 (6), 929-940.
- Doyon, O. (2009). L'application des pratiques fondées sur les résultats probants : une démarche de changement au quotidien, un signe de maturité professionnelle » : Quelle place et quelles pratiques pour l'avenir, Paris, Lamarre, 2009, chap. 10, p : 151
- Edwards, H. E., Nash, R. E., Najman, J. M., Yates, P. M., Fentiman, B. J., Dewar, A., et al. (2001). Determinants of nurses' intention to administer opioids for pain relief. *Nurs Health Sci*, 3 (3), 149-159.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1-11.
- Evans, D., Wood, J., & Lambert, L. (2002). A review of physical restraint minimization in the acute and residential care settings. *J Adv Nurs*, 40 (6), 616-625.
- Fletcher, K. (1996). Use of restraints in the elderly. *AACN Clin Issues*, 7 (4), 611-635.
- Fortin, M.-F ; Côté, J., & Fillion, F. (2006). Fondements et étapes du processus de recherche. Montreal : Chenelière Éducation. P: 119-123
- Godin, G. & Gagné, C. (1999). Les théories sociales cognitives : Guide pour la mesure des variables et le développement de questionnaire. Groupe de recherche sur les aspects psychosociaux de la santé. École des sciences infirmières, Université Laval.
- Godin, G. & Kok, G. (1996). The theory of planned behaviour: A review of its applications to health-related behaviors. *American journal of health promotion*, 2 (11), 87-98.
- Grap, M. J., Glass, C., & Lindamood, M. O. (1995). Factors related to unplanned extubation of endotracheal tubes. *Crit Care Nurse*, 15 (2), 57-65.
- Happ, M. B. (2002). Using a best practice approach to prevent treatment interference in critical care. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 58-62.

- Happ, M. B. (2000). Preventing treatment interference: the nurse's role in maintaining technologic devices. *Heart Lung*, 29 (1), 60-69.
- Hine, K. (2007). The use of physical restraint in critical care. *Nurs Crit Care*, 12 (1), 6-11.
- Hurlock-Chorostecki, C., & Kielb, C. (2006). Knot-So-Fast: a learning plan to minimize patient restraint in critical care. *Dynamics*, 17 (3), 12-18.
- Kapadia, F. (2001). Effect of unplanned extubation on outcome of mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med*, 163 (7), 1755-1756.
- Kapp, M. B. (1996). Physical restraint use in critical care: legal issues. *AACN Clin Issues*, 7 (4), 579-584.
- Kielb, C., Hurlock-Chorostecki, C., & Sipprell, D. (2005). Can minimal patient restraint be safely implemented in the intensive care unit? *Dynamics*, 16 (1), 16-19.
- Krinsley, J. S., & Barone, J. E. (2005). The drive to survive: unplanned extubation in the ICU. *Chest*, 128 (2), 560-566.
- Lamb, K. V., Minnick, A., Mion, L. C., Palmer, R., & Leipzig, R. (1999). Help the health care team release its hold on restraint. *Nurs Manage*, 30 (12), 19-23; quiz 24.
- Leith, B. (1998). The use of restraints in critical care. *Off J Can Assoc Crit Care Nurs*, 9 (3), 24-28; quiz 29-30.
- Letizia, M., Babler, C., & Cockrell, A. (2004). Repeating the call for restraint reduction. *Medsurg Nurs*, 13 (1), 9-12; quiz 13.
- Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. (2002). L.R.Q., c. C-29, art. 39.6 à 39.10 (projet de loi 90).
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (1998). L.R.Q., c. S-4-2, art. 118.1.
- Maccioli, G. A., Dorman, T., Brown, B. R., Mazuski, J. E., McLean, B. A., Kuszaj, J. M., et al. (2003). Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies. American College of Critical Care Medicine Task Force
- Martin, B. (2002). Restraint use in acute and critical care settings: changing practice. *AACN Clin Issues*, 13 (2), 294-306.

- Martin, B., & Mathisen, L. (2005). Use of physical restraints in adult critical care: a bicultural study. *Am J Crit Care*, 14 (2), 133-142.
- Menzel, L. K. (1998). Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak. *Heart Lung*, 27 (4), 245-252.
- Mion, L. C. (1996). Establishing alternatives to physical restraints in the acute care setting: a conceptual framework to assist nurses' decision making. *AACN Clin Issues*, 7 (4), 592-602.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. MSSS, Édition du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2006). Programme de formation du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention. MSSS, Édition du Québec.
- Nirmalan, M., Dark, P. M., Nightingale, P., & Harris, J. (2004). Editorial IV: physical and pharmacological restraint of critically ill patients: clinical facts and ethical considerations. *Br J Anaesth*, 92 (6), 789-792.
- Owens, M. F. (2000). Patient restraints. Protection for whom? *JONAS Healthc Law Ethics Regul*, 2 (2), 59-65.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, Montréal, OIIQ.
- Powers, J. (1999). A sedation protocol for preventing patient self-extubation. *Dimens Crit Care Nurs*, 18 (2), 30-34.
- Reigle, J. (1996). The ethics of physical restraints in critical care. *AACN Clin Issues*, 7 (4), 585-591.
- Soh, K. L., Soh, K. G., Ahmad, Z., Abdul Raman, R., & Japar, S. (2008). Perception of intensive care unit stressors in Malaysian Federal Territory hospitals. *Contemp Nurse*, 31 (1), 86-93.
- Swauger, K., Tomlin, C. (2001). Moving toward restraint-free patient care. *Journal of nursing Administration*, 30, 325-329.

- Tung, A., Tadimeti, L., Caruana-Montaldo, B., Atkins, P. M., Mion, L. C., Palmer, R. M., et al. (2001). The relationship of sedation to deliberate self-extubation. *J Clin Anesth*, 13 (1), 24-29.
- Vance, D. L. (2003). Effect of a treatment interference protocol on clinical decision making for restraint use in the intensive care unit: a pilot study. *AACN Clin Issues*, 14 (1), 82-91.
- Werner, P., & Mendelsson, G. (2001). Nursing staff members' intentions to use physical restraints with older people: testing the theory of reasoned action. *J Adv Nurs*, 35 (5), 784-791.
- Woodrow, P. (Éd.). (2000). *Intensive care Nursing: a framework for Practice*. London.
- Yeh, S. H., Lee, L. N., Ho, T. H., Chiang, M. C., & Lin, L. W. (2004). Implications of nursing care in the occurrence and consequences of unplanned extubation in adult intensive care units. *Int J Nurs Stud*, 41 (3), 255-262.

Appendice A

Questionnaire préliminaire

Questionnaire préliminaire

Dans cette étude, nous définissons les contentions physiques comme toute mesure de contrôle installée au niveau des poignets visant à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'un usager sous ventilation mécanique.

1. Qu'est-ce-que signifie pour vous l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement?

2. Quels sont pour vous les avantages et les inconvénients reliés à l'utilisation de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement?

Avantages	Inconvénients

3. Associez vous autres choses à l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement?

- ☐ non
- ☐ oui

si oui, lesquelles :

4. Quelles sont les personnes ou groupe de personnes qui approuveraient ou désapprouveraient le fait que vous utilisiez des contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement?

Approuvent	Désapprouvent

5. Quels sont les obstacles qui pourraient nuire ou vous empêcher d'utiliser des contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement?

6. Quels sont les facteurs qui pourraient être facilitant dans l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement?

7. Pour vous, l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement, C'EST....

(écrivez les adjectifs qui vous viennent en tête, par exemple, compliqué, facile, exigeant, dangereux, sécurisant...)

Merci beaucoup de votre collaboration

Appendice B
Questionnaire final



Université du Québec à Trois-Rivières

1991, boul. du Carmel
Trois-Rivières (Québec)
G8Z 3R9
(819) 697-3333

ÉTUDE SUR LES DÉTERMINANTS DE L'INTENTION DES INFIRMIÈRES DES SOINS INTENSIFS À L'ÉGARD DE L'APPLICATION DE CONTENTIONS PHYSIQUES CHEZ LES PATIENTS VENTILÉS MÉCANIQUEMENT

QUESTIONNAIRE

Mélanie Parenteau Inf, BSc, MSc (Cand)
Julie Houle Inf, PhD (Cand)
François Boudreault, PhD(Cand)

POUR RÉPONDRE AU QUESTIONNAIRE

1. Il est très important de répondre à toutes les questions, même si certaines peuvent vous sembler répétitives.
2. Choisissez la réponse qui vous convient le mieux. Répondez à la meilleure de votre connaissance. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
3. Donnez une seule réponse à chaque question.

Voici un exemple sur la façon de répondre aux questions

COCHEZ (✓) LA CASE APPROPRIÉE

1. J'ai l'intention de jouer au golf au cours de l'été prochain.

✓						
Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

Si vous pensez qu'il est << très improbable >> que vous jouiez au golf au cours de l'été prochain, mettez un (✓) au dessus de la réponse << très improbable >>.

DÉBUT DU QUESTIONNAIRE

Numéro du participant :

Définition des contentions physiques

Dans cette étude, nous définissons les contentions physiques comme toute mesure de contrôle installée au niveau des poignets visant à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'un usager sous ventilation mécanique.

SECTION I – MESURE DE L'INTENTION

COCHEZ (✓) LA CASE APPROPRIÉE

1. Au cours de mon prochain quart de travail, j'évalue que mes probabilités d'utiliser des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement sont :

Extrêmement faibles	Très faibles	Assez faibles	Ni l'un Ni l'autre	Assez bonnes	Très bonnes	Extrêmement bonnes

2. Au cours de mon prochain quart de travail, j'utiliserai des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement.

Totalement en désaccord	Fortement en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement en accord	Fortement en accord	Totalement en accord

SECTION 2- MESURE DE L'ATTITUDE

3. Selon vous, utiliser des contentions physiques chez un patient ventilé mécaniquement lors de votre prochain quart de travail serait :

Très désavantageux	Assez désavantageux	Légèrement désavantageux	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement avantageux	Assez avantageux	Très avantageux

Très inutile	Assez inutile	Légèrement inutile	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement utile	Assez utile	Très utile

Très imprudent	Assez imprudent	Légèrement imprudent	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement prudent	Assez prudent	Très prudent

Très inquiétant	Assez inquiétant	Légèrement inquiétant	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement rassurant	Assez rassurant	Très rassurant

Très dévalorisant	Assez dévalorisant	Légèrement dévalorisant	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement valorisant	Assez valorisant	Très valorisant

Très irrespectueux	Assez irrespectueux	Légèrement irrespectueux	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement respectueux	Assez respectueux	Très respectueux

SECTION 3 – MESURE DE LA NORME SUBJECTIVE

COCHEZ (✓) LA CASE APPROPRIÉE

6. Si j'utilisais des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail, les personnes de mon entourage :

Désapprou- veraient fortement	Désapprou- veraient modérément	Désapprou- veraient légèrement	Ni l'un Ni l'autre	Approuve- raient légèrement	Approuve- raient modérément	Approuve- raient fortement

7. La plupart des personnes de mon entourage me recommanderait d'utiliser des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail.

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

8. Les infirmières désapprouveraient / approuveraient que j'utilise des contentions physiques chez un patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail.

Désapprou- veraient fortement	Désapprou- veraient modérément	Désapprou- veraient légèrement	Ni l'un Ni l'autre	Approuve- raient légèrement	Approuve- raient modérément	Approuve- raient fortement

9. Le médecin traitant désapprouverait / approuverait que j'utilise des contentions physiques chez un patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail

Désapprou- verait fortement	Désapprou- verait modérément	Désapprou- verait légèrement	Ni l'un Ni l'autre	Approuve- rait légèrement	Approuve- rait modérément	Approuve- rait fortement

10. L'anesthésiste désapprouverait / approuverait que j'utilise des contentions physiques chez un patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail

Désapprou- verait fortement	Désapprou- verait modérément	Désapprou- verait légèrement	Ni l'un Ni l'autre	Approuve- rait légèrement	Approuve- rait modérément	Approuve- rait fortement

11. Les inhalothérapeutes désapprouveraient / approuveraient que j'utilise des contentions physiques chez un patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail

Désapprou- veraient fortement	Désapprou- veraient modérément	Désapprou- veraient légèrement	Ni l'un Ni l'autre	Approuve- raient légèrement	Approuve- raient modérément	Approuve- raient fortement

12. La famille de l'utilisateur désapprouverait / approuverait que j'utilise des contentions physiques chez un patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail

Désapprou- verait fortement	Désapprou- verait modérément	Désapprou- verait légèrement	Ni l'un Ni l'autre	Approuve- rait légèrement	Approuve- rait modérément	Approuve- rait fortement

13. Mes supérieurs désapprouveraient / approuveraient que j'utilise des contentions physiques chez un patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail

Désapprou- veraient fortement	Désapprou- veraient modérément	Désapprou- veraient légèrement	Ni l'un Ni l'autre	Approuve- raient légèrement	Approuve- raient modérément	Approuve- raient fortement

SECTION 4 – MESURE DE LA PERCEPTION DE CONTRÔLE

COCHEZ (✓) LA CASE APPROPRIÉE

15. La décision d'utiliser des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement découle de mon propre jugement clinique.

Totalement en désaccord	Fortement en désaccord	Légèrement en désaccord	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement en accord	Fortement en accord	Totalement en accord

16. Jusqu'à quel point croyez-vous exercer un contrôle sur le fait d'utiliser des contentions physiques auprès d'un patient ventilé mécaniquement lors de votre prochain quart de travail?

Très incontrôlable	Assez incontrôlable	Légèrement incontrôlable	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement contrôlable	Assez contrôlable	Très contrôlable

17. Si mon patient ventilé mécaniquement était calme lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques.

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

18. Si mon patient ventilé mécaniquement coopérait bien aux soins lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques.

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

19. Si mon patient ventilé mécaniquement était inconscient lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques.

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

20. Si la famille de mon patient ventilé mécaniquement était présente dans la chambre lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques.

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

21. Si une surveillance visuelle constante pouvait être effectuée auprès de mon patient ventilé mécaniquement lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques.

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

22. Si je disposais de peu de temps pour mon patient ventilé mécaniquement du à une surcharge de travail lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques.

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

23. Si mon patient ventilé mécaniquement était agité et/ou confus lors de mon prochain quart de travail, j'utiliserais quand même des contentions physiques.

Très improbable	Assez improbable	Légèrement improbable	Ni l'un Ni l'autre	Légèrement probable	Assez probable	Très probable

SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS SOCIOÉMOGRAPHIQUES

Les questions suivantes serviront à des fins statistiques uniquement

24. Qu'elle est votre sexe ?

- ☐ Féminin
- ☐ Masculin

25. Indiquez quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété :

- ☐ Cours collégial
- ☐ Cours universitaire premier cycle
- ☐ Cours universitaire deuxième cycle

26. Depuis combien d'années travaillez- vous en Soins Intensifs?

- ☐ 0 à 5 ans
- ☐ 5 à 10 ans
- ☐ 10 à 15 ans
- ☐ 15 à 20 ans
- ☐ 25 ans et plus

Voilà! Le questionnaire est terminé

Nous vous remercions du temps précieux que vous avez consacré à celui-ci et vous rappelons que toutes les informations demeureront confidentielles.

Assurez-vous d'avoir bien répondu à toutes les questions avant de mettre le questionnaire dans l'enveloppe. Veuillez déposer celui-ci et le feuillet de consentement dans la boîte prévue à cet effet avant le 2 juin 2010 et courrez la chance de gagner une nuitée et un petit déjeuner pour deux personnes au gîte de la Maison Bellemarre en bordure du St-Maurice dans le magnifique village de St- Jean-des-Piles.

Merci de votre précieuse collaboration.

Mélanie Parenteau, Inf, BSc, MSc (Cand)

Julie Houle Inf , PhD (Cand)

François Boudreault , PhD(Cand)

Si vous avez des commentaires ou des suggestions concernant ce questionnaire et cette recherche, vous pouvez les inscrire ci-dessous.

COMMENTAIRES

Appendice C

Certificats éthiques



Université du Québec à Trois-Rivières

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : Étude sur les déterminants de l'intention des infirmières des soins intensifs à l'égard de l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement

Chercheurs : Mélanie Parenteau
Département des sciences infirmières

Organismes : Aucun

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 06 mai 2010

Date de fin : 06 mai 2011

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Hélène-Marie Thérien

Présidente du comité

Martine Y. Tremblay

Secrétaire du comité

Date d'émission : 06 mai 2010

N° du certificat : CER-10-156-06.06

DECSR



Centre
hospitalier
régional de
Trois-Rivières

1991, boul. du Carmel
Trois-Rivières (Québec) G8Z 3R9

COMITÉ D'ÉTHIQUE
DE LA RECHERCHE

CÉR-2010-009-00

APPROBATION D'UN PROJET DE RECHERCHE

TITRE : ÉTUDE SUR LES DÉTERMINANTS DE L'INTENTION DES INFIRMIÈRES DES SOINS INTENSIFS À L'ÉGARD DE L'APPLICATION DE CONTENTIONS PHYSIQUES CHEZ LES PATIENTS VENTILÉS MÉCANIQUEMENT, 5 AVRIL 2010

LIEU : Centre hospitalier régional de Trois-Rivières

CHERCHEUR : Madame Mélanie Parenteau Inf BSc, MSc (Cand)

PROVENANCE DES FONDS : Université du Québec à Trois-Rivières

DATE INITIALE DE L'ÉTUDE DU PROJET PAR LE COMITÉ : 15 avril 2010

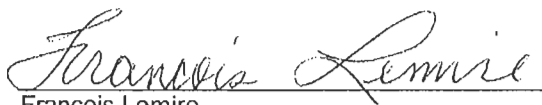
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : Version : 20 avril 2010

NO D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE : CÉR-2010-009-00

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT : du 15 avril 2010 au 15 avril 2011

AVIS FAVORABLE : Étaient présents

Maître Emmanuel Ayotte
Madame Francine Boulé
Monsieur Daniel Gagné
Docteur André F. Gagnon
Docteur Catherine Lemay
Monsieur François Lemire
Docteur Richard Turcot
Madame Catherine Wolowski


François Lemire
Président du comité d'éthique de la recherche



N.B. : Le comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier régional de Trois-Rivières poursuit ses activités en accord avec Les bonnes pratiques cliniques (Santé Canada) et tous les règlements applicables.

Cette approbation est valable pour une période d'un an seulement. Une demande de renouvellement doit être faite après cette période.

Appendice D

Formulaire de consentement



1991, boul. du Carmel
Trois-Rivières (Québec)
G8Z 3R9
(819) 697-3333

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Invitation à participer au projet de recherche :

Étude sur les déterminants de l'intention des infirmières des Soins Intensifs à l'égard de l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement.

Mélanie Parenteau inf BSc, MSc (Cand)

Département des Sciences Infirmières

Maîtrise en Sciences Infirmières avec mémoire

Sous la Direction de :

Julie Houle inf PhD (candidate) et François Boudreault PhD (candidat)

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre l'intention des infirmières des Soins Intensifs à l'égard de l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement, serait grandement appréciée. Un échantillon de 60 participants et participantes est visé au sein des différentes unités de Soins Intensifs.

Objectifs

Les objectifs de ce projet de recherche sont d'identifier les différentes variables influençant l'intention des infirmières dans l'application de contentions physiques auprès des patients ventilés mécaniquement. L'identification de ces différentes variables dans leur contexte même d'utilisation servira de guide dans la conception d'outils d'évaluation pouvant accompagner les infirmières au niveau de leur processus décisionnel et pour l'élaboration de programmes d'interventions. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre participation afin que vous puissiez prendre une décision éclairée. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser avant de décider de participer ou non à l'étude.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre au questionnaire proposé.

[Tapez un texte]

Formulaire d'information et de consentement

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ une vingtaine de minutes, demeure le seul inconvénient.

Bénéfices

La participation à cette recherche vous permettra de contribuer à l'avancement des connaissances au niveau des différents facteurs qui influencent l'intention des infirmières dans l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement et l'amélioration des pratiques de soins. Vos croyances sont importantes à considérer lorsqu'un changement de pratique est envisagé. Cette étude permettra de mieux comprendre votre réalité. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée. Cependant, si vous retournez votre questionnaire complété avant le 2 juin 2010, vous courrez la chance de gagner une nuitée et un petit déjeuner pour deux personnes au Gîte de la Maison Bellemarre en bordure du St-Maurice dans le magnifique village de St-Jean-Des-Piles.

Confidentialité

Les données recueillies au cours de cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par une codification effectuée au niveau de chacun des questionnaires. Les résultats de la recherche seront diffusés sous forme d'articles scientifiques proposés à des revues Canadiennes ainsi que lors de différents colloques, mais ne permettront en aucun cas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un classeur dans le bureau de la chercheuse et les seules personnes qui y auront accès seront la directrice et le directeur de recherche. Elles seront détruites au mois d'avril 2011 lorsque la chercheuse déposera son mémoire. Il est à noter que les données ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mélanie Parenteau par téléphone au 819-376-5011 Poste 3454 ou par courriel à l'adresse suivante : melanie.parenteau1@uqtr.ca

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et un certificat portant le numéro (no de certificat) a été émis le (date d'émission). De plus cette recherche a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche

avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro [no de certificat] a été émis le [date d'émission]. (À venir, demande déposée le 9 avril 2010 pour traitement le 23 Avril 2010).

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec les personnes suivantes :

- La Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, Madame Andrée Proulx , par téléphone (819) 697-3333, poste 62010 ou par courrier électronique andree_proulx@ssss.gouv.qc.aira
- La secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, Mme Martine Tremblay, par téléphone (819) 376-5011, poste 2136 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca



1991, boul. du Carmel
Trois-Rivières (Québec)
G8Z 3R9
(819) 697-333

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Mélanie Parenteau m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____ (**nom du participant**), confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet sur les déterminants de l'intention des infirmières des Soins Intensifs à l'égard de l'application de contentions physiques chez les patients ventilés mécaniquement.

J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels associés à ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucune pénalité.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participante ou participant	Chercheuse
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

Appendice E

Article Perspective infirmière

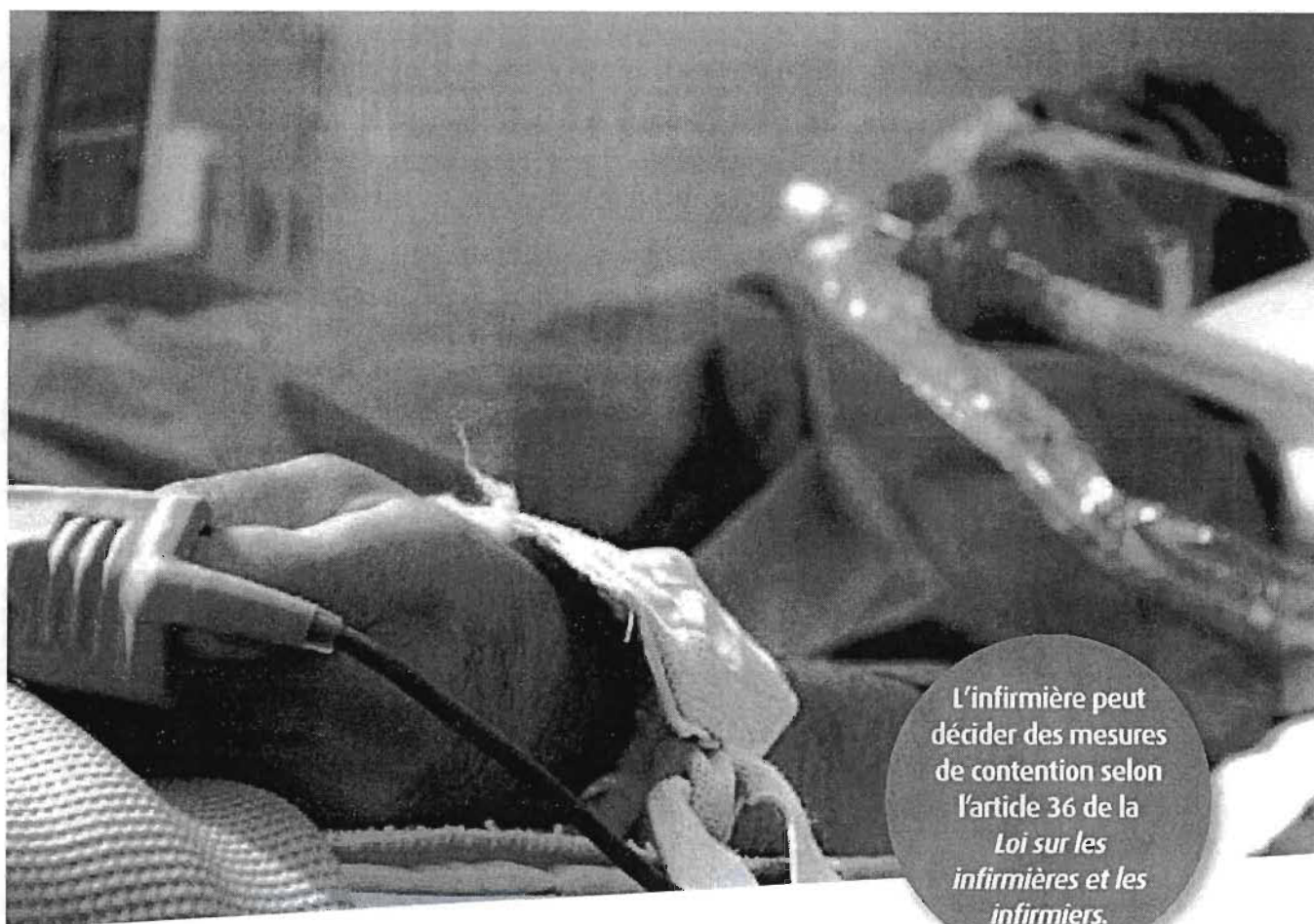
CONTENTION AUX SOINS INTENSIFS

Le recours à la contention physique pour les patients ventilés mécaniquement impose une réflexion.

PAR MÉLANIE PARENTEAU, INF, M.SC.(c.), JULIE HOULE, INF, PH.D.(c.) ET LYNE CLOUTIER, INF, PH.D.

PHOTOS MARCEL LA HAYE

QUELS SONT LES PRINCIPES DIRECTEURS DE L'UTILISATION DES MOYENS DE CONTENTION PHYSIQUE? SONT-ILS TOUJOURS NÉCESSAIRES POUR LES PATIENTS INTUBÉS? QUELLES EN SONT LES CONSÉQUENCES? Y A-T-IL DES SOLUTIONS DE RECHANGE?



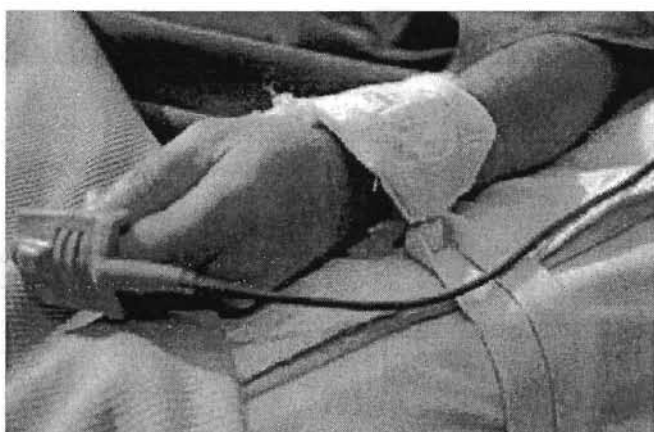
L'infirmière peut décider des mesures de contention selon l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers.

Les infirmières travaillant dans une unité de soins intensifs (USI) décident fréquemment d'utiliser des moyens de contention physique auprès de patients ventilés mécaniquement. Leur principal objectif est d'éviter qu'ils ne se mettent en danger en interrompant eux-mêmes leur traitement par auto-extubation. Dans un contexte de surcharge de travail et de pénurie de personnel qualifié, plusieurs facteurs peuvent influencer la décision de l'infirmière.

Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) prône une utilisation exceptionnelle de ces mesures de contrôle, plusieurs établissements de santé y ont recours de façon systématique. Ainsi, les moyens de contention physique, notamment les attaches de poignets, sont automatiquement utilisés sur tous les patients ventilés mécaniquement dans certaines USI alors que dans d'autres, le jugement clinique de l'infirmière en décide.



Contention de poignet et abdominale de type Segufix



Contention de poignet de type Posey



Contention de poignet faite maison à l'aide d'un coussinet et d'un bandage omniforme

PRINCIPES DIRECTEURS

Le MSSS définit la contention comme « toute mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap ». Il ajoute que « l'utilisation de toute contrainte, qu'elle soit physique ou chimique, ne doit s'effectuer qu'en dernier lieu, après l'évaluation complète de la situation propre à chacun des patients concernés et le recours aux méthodes alternatives » (MSSS, 2002).

En vertu de son activité réservée, l'infirmière peut, selon son jugement clinique, décider d'utiliser des mesures de contention auprès d'un patient à l'instar des médecins, des physiothérapeutes

et des ergothérapeutes (OIIQ, 2003). Afin de guider le processus décisionnel des infirmières, le MSSS (2002) a élaboré des principes directeurs. Ces principes découlent de l'article 118.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui s'énonce ainsi :

- › La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.
- › Lorsqu'une mesure [...] est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.
- › Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. Ces recommandations visent l'ensemble des unités de soins, y compris les USI.

Le MSSS propose une démarche systématique visant à réduire l'utilisation de mesures de contrôle par l'application, en tout premier

TABEAU 1

PRINCIPES DIRECTEURS ENCADRANT L'UTILISATION DES MESURES DE CONTRÔLE

1. Les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent.
2. Les substances chimiques, la contention et l'isolement ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours.
3. Lors de l'utilisation de substances chimiques, de la contention ou de l'isolement à titre de mesures de contrôle, il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne.
4. L'application des mesures de contrôle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive.
5. L'utilisation de substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles.
6. L'utilisation de substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.

MSSS, 2002.

TABLEAU 2

ÉTUDES PORTANT SUR LES EXTUBATIONS EN PRÉSENCE DE MOYENS DE CONTENTION

Auteur	But	Pays	Type	Milieu	Population cible	Taille de l'échantillon	Résultats
Ballon (2001)	Incidence et facteurs communs aux extubations	États-Unis	Rétrospective effectuée sur une période de 14 mois	Soins intensifs médicaux-chirurgicaux	Patients de 1 à 88 ans	68 cas d'extubation	60 sur 68 patients extubés sous contentions (80 %)
Birkett <i>et al.</i> (2005)	Fréquence et facteurs de risque associés aux extubations	Australie	Rétrospective effectuée annuellement pendant 7 ans	Soins intensifs médicaux-chirurgicaux	Patients de 16 à 90 ans	14 à 26 cas d'extubation	Taux de 44 % à 67 % d'extubations sous contentions
Curry <i>et al.</i> (2008)	Facteurs de risque associés aux extubations	États-Unis	Rétrospective (8 mois) sept. 2005 à avril 2006	Soins intensifs chirurgicaux	n.d.	31 cas d'extubation	27 sur 31 patients extubés sous contentions (87 %)
Chang <i>et al.</i> (2008)	Influence de la contention sur les extubations	Chine	Rétrospective effectuée sur une période de 21 mois	Soins intensifs médicaux-chirurgicaux	n.d.	300 patients dont 100 extubés et 200 non-extubés	Le taux d'extubation (8,7 %) augmente de 3,11 fois sous contentions

recours, de mesures de remplacement efficaces, efficientes et respectueuses de la personne, de son autonomie, de son environnement et des ses proches (OIIQ, 2003). Le tableau 1 présente les six principes directeurs encadrant l'utilisation des mesures de contrôle.

FACTEURS DE DÉCISION

Kielb *et al.* (2005) soulignent dans leur étude que la majorité des infirmières affirme utiliser la contention afin d'assurer la sécurité du patient et de prévenir l'auto-extubation. Cette croyance reflète une conviction solidement ancrée chez le personnel soignant selon laquelle les moyens de contention empêchent l'auto-extubation. L'étude de Happ (2000) se penche sur un élément bien particulier de cet aspect. En effet, lors de la prise de décision quant au recours à des mesures de contrôle, une majorité d'infirmières préfère utiliser des moyens de contention par crainte de représailles du corps médical ou de collègues de travail dans le cas de patients considérés comme susceptibles de s'auto-extuber. Cette observation ravive le débat sur les responsabilités de l'infirmière principalement à une époque où son rôle n'est plus simplement celui d'une exécutante de protocoles.

À cet égard, la pratique infirmière découle d'une science basée *primo* sur de solides connaissances et *secundo*, sur des expériences vécues et des résultats positifs obtenus en milieu de travail. Ainsi, de plus en plus d'études démontrent l'inefficacité des moyens de contention dans les cas d'extubation, par exemple celles citées dans le tableau 2.

EFFETS NÉFASTES de l'utilisation systématique de la contention physique

La littérature consultée révèle que le recours à la contention entraîne des effets néfastes pour les patients, tant physiques que psychologiques (Fletcher, 1996 ; Happ, 2000 ; Martin, 2000 ; MSSS, 2006 ; Reigle, 1996 ; Nirmalan *et al.*, 2004 ; Swauger et Tomlin, 2000). De même, les familles, les intervenants et les établissements de soins supportent des impacts négatifs découlant de leur utilisation comme l'indique le tableau 3 (Bray *et al.*, 2004 ; MSSS, 2006).

Il faut toutefois préciser que malgré la démonstration d'effets néfastes et d'impacts négatifs, le recours à la contention physique s'impose pour certains patients intubés qui répondent à des critères précis.

CRITÈRES POUR RECOURIR à la contention physique à l'USI

Afin d'aider à la prise de décision relative à l'utilisation des mesures de contention dans les USI, Vance (2003) a élaboré un algorithme décisionnel comportant certains critères qui permettent d'évaluer la pertinence de recourir à la contention pour le patient hospitalisé aux soins intensifs (voir figure 1).

Cet outil se base sur une évaluation systématique de trois aspects, soit :

- 1) l'état mental du patient ;
- 2) la menace imminente pour la vie du patient selon la nature du traitement qu'il reçoit ;
- 3) les équipements technologiques utilisés pour traiter le patient.

Trois aspects font appel à trois niveaux d'application distincts auxquels l'infirmière se réfère pour codifier son patient.

Ces trois aspects font ensuite appel à trois niveaux d'application distincts auxquels l'infirmière doit se référer pour codifier son patient (Vance, 2003, traduction MSSS, 2006) :

- Le **niveau 1** est caractérisé par un ensemble de conditions et de situations usuelles non problématiques dont la présence rendrait non pertinente l'utilisation de la contention chez le patient hospitalisé en soins intensifs.
- Le **niveau 2** est caractérisé par la présence de traitements et d'équipements technologiques considérés comme ne mettant pas en danger la vie du patient, mais pouvant causer certains préjudices s'ils sont accidentellement délogés ou retirés. Ainsi, l'utilisation d'une contention peut-elle devenir pertinente et justifiable, mais seulement après avoir constaté l'échec des mesures de remplacement.

- Le **niveau 3** est caractérisé par la présence de traitements et d'équipements technologiques qui pourraient mettre en danger la vie du patient s'ils étaient accidentellement délogés ou retirés. Dans pareille situation clinique, l'utilisation d'une contention s'avère pertinente s'il y a absence d'indicateurs de niveau 1.

L'utilisation d'une contention peut devenir pertinente après avoir constaté l'échec des mesures de remplacement.

CRITÈRES POUR NE PAS RECOURIR

à la **contention physique** à l'**USI**

Selon cet algorithme décisionnel, l'infirmière peut juger qu'il est inadéquat et inapproprié d'appliquer une contention dans l'une des trois situations suivantes :

- 1) si le patient est inconscient ou paralysé sur le plan physiologique et/ou thérapeutique (curare) ;
- 2) s'il est alerte et bien orienté dans les trois sphères ;
- 3) s'il est en observation constante de la part du personnel soignant ou d'une personne significative.

FIGURE 1

PROTOCOLE D'INTERFÉRENCE AVEC LES TRAITEMENTS AUX SOINS INTENSIFS TRADUCTION LIBRE ET ADAPTATION DE VANCE (2003)

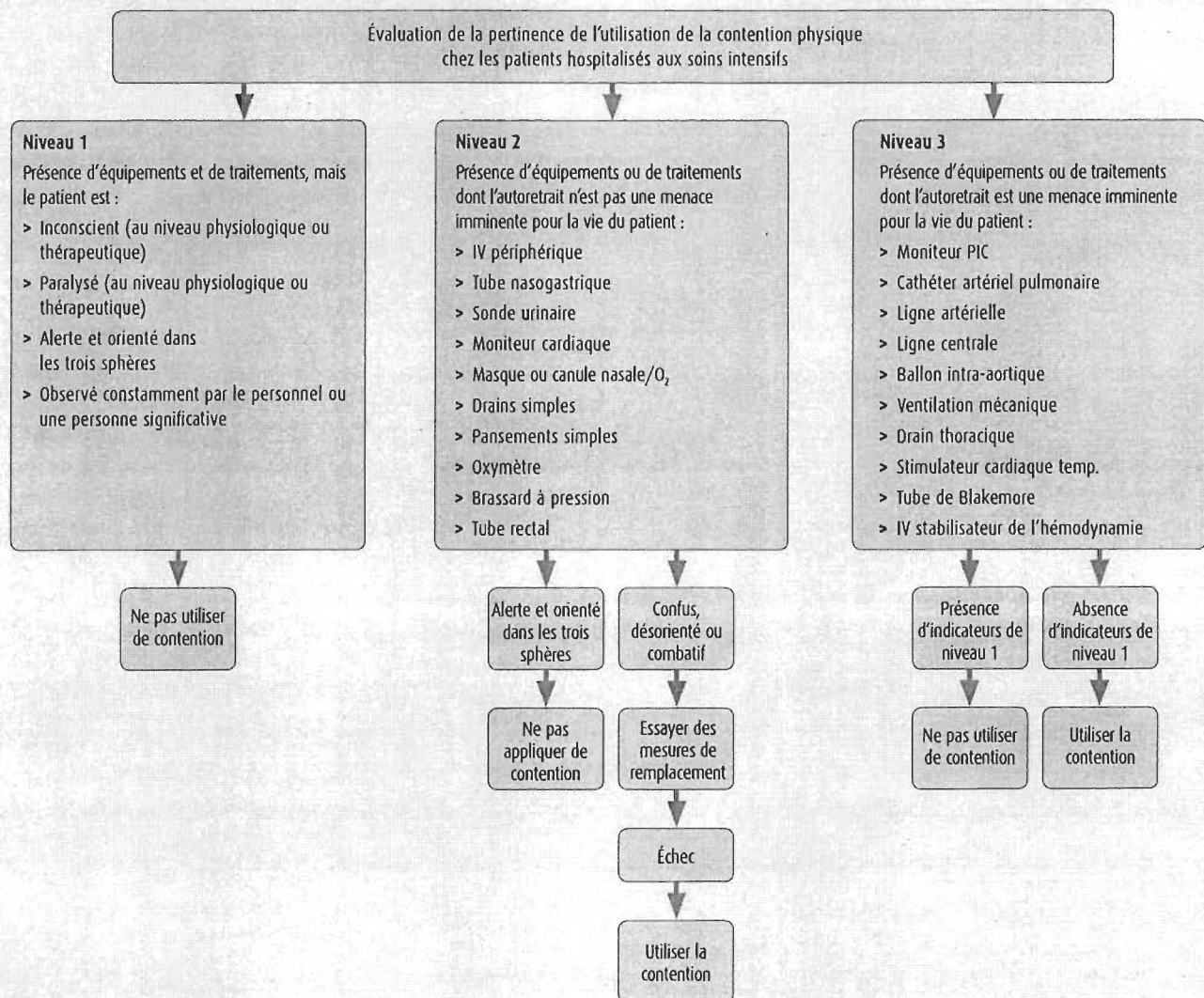


TABLEAU 3

EFFETS NÉFASTES ET IMPACTS NÉGATIFS ASSOCIÉS À L'UTILISATION DE LA CONTENTION PHYSIQUE

PLAN PHYSIQUE	Blessures cutanées, plaies de pression, atrophie musculaire, infections nosocomiales, constipation, incontinence, douleur, hypertension, tachycardie, aspiration, asphyxie.
PLAN PSYCHOLOGIQUE	Agitation, panique, peur, colère, dépression, léthargie, sentiment d'abandon, perte de dignité et d'estime de soi, désorientation, humiliation, augmentation de l'agitation, augmentation du risque de délirium, résignation et déclin de l'état cognitif.
IMPACT SUR LES FAMILLES	Sentiment d'impuissance et d'incompréhension, sentiment de frustration, sentiment de colère envers l'établissement et les intervenants, réduction des manifestations affectueuses, éloignement affectif.
IMPACT SUR LES INTERVENANTS	Conflit de valeur, culpabilité, sentiment d'incompétence, sentiment d'abus de pouvoir et sentiment d'incompréhension relativement à la situation clinique.
IMPACT SUR LES ÉTABLISSEMENTS	Prolongation de la durée du séjour, augmentation de la mortalité et de la morbidité, mauvaise réputation de l'établissement, augmentation des coûts et des poursuites juridiques.

Bray *et al.*, 2004 ; Fletcher, 1996 ; Happ, 2000 ; Martin, 2002 ; MSSS, 2006 ; Reigle, 1996 ; Nirmalan *et al.*, 2004 ; Swauger et Tomlin, 2000.

Ces critères d'exclusion étant établis, il convient maintenant d'explorer quelques méthodes préventives et des solutions de rechange pouvant pallier l'usage systématique de moyens de contention physique chez les patients ventilés mécaniquement.

MESURES PRÉVENTIVES *pouvant diminuer les risques d'agitation et de délirium*

Selon l'algorithme décisionnel de Vance, il n'est pas nécessaire de mettre en contention un patient calme, alerte et bien orienté dans les trois sphères (espace, personne et temps) simplement parce qu'il est intubé. Il importe donc de diminuer les risques de voir le patient évoluer vers un délirium, là où dans certains cas la contention deviendrait inévitable. Le tableau 4 indique différentes mesures préventives propres à diminuer les risques de délirium et d'agitation et pouvant contrer les interférences avec les traitements.

SOLUTIONS DE RECHANGE *pour prévenir les interférences avec les traitements*

Parce que la contention physique ne devrait être utilisée qu'après avoir employé des mesures de remplacement et constaté leur échec, les infirmières doivent se familiariser avec ces solutions de rechange. En voici quelques-unes :

- Utiliser une fixation rigide optimale afin de sécuriser le tube endotrachéal.
- Limiter le nombre de tubulures lorsque c'est possible.

- Garder les tubulures hors de la vue du patient, par exemple à la tête du lit.
- Dissuader le patient en camouflant les équipements avec des draps ou des pansements.
- Assurer une surveillance visuelle constante du patient avec l'aide de la famille ou d'autres intervenants.
- Rendre possible une surveillance visuelle constante lors de l'assignation des lits si l'environnement de soins ne le permet pas.

(Bray *et al.*, 2004 ; MSSS, 2006).



Dans une perspective de changement de pratique, l'éclairage particulier apporté par la littérature consultée permet de constater que le recours aux mesures de contrôle physique sans jugement clinique préalable comporterait plus de risques que de bénéfices.

Dans son ouvrage sur l'application de pratiques fondées sur des résultats probants, Doyon (2000) explique bien l'importance de

TABLEAU 4

MESURES PRÉVENTIVES POUVANT CONTRER LES INTERFÉRENCES AVEC LES TRAITEMENTS

MESURES PRÉVENTIVES	EFFETS SOUHAITÉS
Installer une radio à portée d'écoute.	Favorise une bonne orientation sur le plan des trois sphères : ➤ Temps ➤ Personnes ➤ Lieux
Installer une horloge et un calendrier sur le mur à la vue du patient.	
Assurer une bonne communication verbale avec le patient.	
Utiliser un tableau ou une table de communication pour communiquer avec le patient.	
Évaluer et soulager la douleur.	Favorise la relaxation, le confort et le sommeil
Favoriser une position confortable.	
Regrouper les soins.	
Diminuer les stimuli auditifs et visuels.	
Faire écouter au patient de la musique significative pour lui.	Rassure le patient et diminue son anxiété
Utiliser judicieusement les médicaments ayant un effet sur le système nerveux central.	
Informer le patient des gestes qui seront posés avant de les exécuter.	
Demander à la famille d'apporter au patient des objets familiers (couverture, oreiller, photos, etc.).	
Favoriser la présence de la famille au chevet du patient.	
Faire participer la famille aux différents soins (mobilisation, stimulation cognitive).	
Favoriser une continuité de soins en affectant les mêmes intervenants aux soins du patient.	

Bray *et al.*, 2004 ; MSSS, 2006.

tenir compte des résultats de recherche disponibles et de l'obligation qu'ont les professionnels de la santé de recourir à des pratiques soignantes exemplaires. Mais malgré les données probantes recueillies, l'utilisation systématique de la contention physique persiste encore dans certaines USI.

Kapp (1996) définit cette problématique ainsi : l'utilisation inconvenante de la contrainte physique expose le patient à des risques inévitables de blessures corporelles, psychologiques et viole l'éthique infirmière. Une utilisation systématique de la contention pourrait même, dans certaines circonstances, exposer les centres hospitaliers à des poursuites judiciaires.

Les infirmières doivent juger de la pertinence d'utiliser la contention et en évaluer les conséquences en se basant notamment sur les résultats probants. Pour assurer la sécurité des patients, il a été clairement établi que les mesures de contrôle ne doivent s'appliquer qu'après l'essai infructueux de mesures de remplacement.

Afin de mieux comprendre les raisons expliquant pourquoi les infirmières emploient la contention physique auprès de patients ventilés mécaniquement, une étude est en cours dans deux USI de la Mauricie. Elle vise notamment à établir quels facteurs influencent les infirmières quant à leur intention d'appliquer des contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement. Une meilleure connaissance de ces facteurs permettra d'élaborer des programmes de formation et des outils d'évaluation adaptés à la réalité des soins intensifs et ainsi d'améliorer la sécurité et la qualité des soins offerts aux patients intubés.

LES AUTEURES



Mélanie Parenteau travaille en soins cliniques à la Clinique d'apprentissage en sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières où elle termine sa maîtrise spécialisée en soins critiques. Son mémoire porte sur l'utilisation de contentions physiques auprès de patients ventilés mécaniquement.



Julie Houle est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ses intérêts pour l'enseignement et la recherche concernent principalement les soins critiques et la santé cardiovasculaire.



Lyne Cloutier est professeure titulaire au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Ses intérêts pour la recherche concernent principalement le dépistage, le traitement et le suivi des personnes atteintes d'hypertension artérielle ainsi que l'examen clinique dans la pratique infirmière.

Références :

- Balon, J.A. « Common factors of spontaneous self-extubation in a critical care setting », *International Journal of Trauma Nursing*, vol. 7, n° 3, juin-sept. 2001, p. 93-99.
- Birkett, K.M., K.A. Southerland et G.D. Leslie. « Reporting unplanned extubation », *Intensive & Critical Care Nursing*, vol. 21, n° 2, avril 2005, p. 65-75.
- Bray, K., K. Hill, W. Robson, G. Leaver, N. Walker, M. O'Leary et al. « British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units », *Nursing in Critical Care*, vol. 9, n° 5, sept./oct. 2004, p. 199-212.
- Chang, L., K.K. Wang et Y. Chao. « Influence of physical restraint on unplanned extubation of adult intensive care patients: a case-control study », *American Journal of Critical Care*, vol. 17, n° 5, sept. 2008, p. 408-416.
- Curry, K., S. Cobb, M. Kutash et C. Diggs. « Characteristics associated with unplanned extubations in a surgical intensive care unit », *American Journal of Critical Care*, vol. 17, n° 1, janv. 2008, p. 45-52.
- Doyon, O. « L'application des pratiques fondées sur les résultats probants : une démarche de changement au quotidien, un signe de maturité professionnelle », in C. Sliwka et P. Delmas (ss la dir. de), *Profession infirmière : Quelle place et quelles pratiques pour l'avenir ?*, Paris, Lamarre, 2009, chap. 10.
- Fletcher, K. « Use of restraints in the elderly », *AACN Clinical Issues*, vol. 7, n° 4, nov. 1996, p. 611-635.
- Happ, M.B. « Preventing treatment interference: the nurse's role in maintaining technologic devices », *Heart & Lung*, vol. 29, n° 1, janv./févr. 2000, p. 60-69.
- Kapp, M.B. « Physical restraint use in critical care: legal issues », *AACN Clinical Issues*, vol. 7, n° 4, nov. 1996, p. 579-584.
- Kielb, C., C. Hurlock-Chorostecki et D. Sipprell. « Can minimal patient restraint be safely implemented in the intensive care unit? », *Dynamics*, vol. 16, n° 1, printemps 2005, p. 16-19.
- Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.R.Q., c. C-29, art. 39.6 à 39.10 (projet de loi 90).
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (1998), L.R.Q., c. S-4-2, art. 118.1.
- Martin, B. « Restraint use in acute and critical care settings: changing practice », *AACN Clinical Issues*, vol. 13, n° 2, mai 2002, p. 294-306.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux*, MSSS, 2002.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Programme de formation du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention*, MSSS, 2006.
- Nirmalan, M., P.M. Dark, P. Nightingale et J. Harris. « Editorial IV: physical and pharmacological restraint of critically ill patients: clinical facts and ethical considerations », *British Journal Anaesthesia*, vol. 92, n° 6, juin 2004, p. 789-792.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières - Mise à jour du guide d'application publié en 2003*, Montréal, OIIQ, 2010.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, Montréal, OIIQ, 2003.
- Reigle, J. « The ethics of physical restraints in critical care », *AACN Clinical Issues*, vol. 7, n° 4, nov. 1996, p. 585-591.
- Swauger, K.C. et C.C. Tomlin. « Moving toward restraint-free patient care », *Journal of Nursing Administration*, vol. 30, n° 6, juin 2000, p. 325-329.
- Vance, D.L. « Effect of a treatment interference protocol on clinical decision making for restraint use in the intensive care unit: a pilot study », *AACN Clinical Issues*, vol. 14, n° 1, févr. 2003, p. 82-91.

